ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME L

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les Annales de Gynécologie paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages au moins, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18 francs.
Pour les départements..............	20 —
Pour les pays de l'Union postale....	22 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr Hartmann, 4, place Malesherbes, pour la partie gynécologique ; à M. le Dr Varnier, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale, ou à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME L

Contenant des travaux de

Baraban et Vautrin, Bouffe de Saint-Blaise, Charrin, Cordier, Delagénière, Durante, Hallé, Hartmann, Hartmann et Reymond, Labusquière, Lecène, Meslay et Hyenne, Minxevitch, Pinard, Pujol, Richelot, Routier, Schwartz, Segond, Vautrin, Vitrac junior, Verdelèt et Binaud.

1898
(2e SEMESTRE)

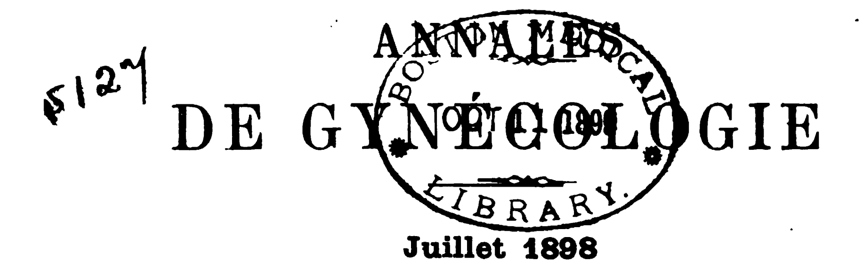
PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1898


BOSTON MEDICAL
OCT 11 1899
LIBRARY.



ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1898

TRAVAUX ORIGINAUX

LES DÉGÉNÉRESCENCES DES FIBROMYOMES DE L'UTÉRUS

PAR

Le Dr R. Meslay, Chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Joseph.

et

Le Dr J. Hyenne, Ex-interne de l'hôpital Saint-Joseph.

Les dégénérescences des fibromyômes de l'utérus sont connues depuis longtemps. Les principaux anatomo-pathologistes de ce siècle, Dupuytren, Amussat, Cruveilhier, Lebert, Rokitansky, Virchow, Broca, Cornil et Ranvier, donnent à cette étude une place importante dans leurs ouvrages. Mais ce sont surtout les publications de ces dernières années qui ont le plus contribué à éclaircir cette question. Nous ne signalerons que les principales : les thèses de Sévastopoulo (1) et de Le Bec (2), le travail de Doléris (3) ; puis, plus récemment, à côté de multiples observations éparses dans divers journaux ou revues, les

(1) SÉVASTOPOULO. *Des hystéromes ou des tumeurs dites fibreuses de l'utérus*. Th. Paris, 1875.

(2) LE BEC. *Étude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'ovaire*. Th. Paris, 1880.

(3) DOLÉRIS. Contribution à l'histoire des myômes malins. *Arch. de tocologie*, 1883.

travaux de Pilliet (1) et de son élève Costes (2), ceux de Orth (3) et de Pick (4) en Allemagne, celui de Paviot et Bérard (5), de Lyon. Enfin, l'un de nous vient de consacrer à ce sujet sa thèse de doctorat (6).

Ce sont les idées principales de ce dernier travail, basé sur l'étude histologique et clinique de 41 fibromes utérins, que nous allons résumer ici. Parmi ces tumeurs, la plupart ont été opérées par M. le Dr Le Bec, à l'hôpital Saint-Joseph ; les autres proviennent de différents chirurgiens, MM. Tillaux, Segond, Michaux ; quelques-unes, enfin, sont des trouvailles d'autopsie. Elles comprennent :

Fibromyômes normaux	7
— atteints de dégénérescence fibreuse	5
— — — calcaire	3
— — — œdémateuse	22
— — — sarcomateuse	2
— — de nécrose, de cause indéterminée	2

I. — Anatomie pathologique.

Avant d'étudier les lésions histologiques dues aux dégénérescences des fibromyômes utérins, nous devons décrire brièvement la structure et l'évolution du fibromyôme normal afin de mieux comprendre les transformations dont il est l'objet.

1° **Fibromyôme normal.** — On désigne sous le nom de fibromyômes des néoplasmes de l'utérus ordinairement bénins,

(1) Pilliet. Soc. de Biologie, 1895 ; *Tribune médicale*, 1895 ; Société anatomique, 1894-95-96.

(2) Costes. *Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibromes de l'utérus et de ses annexes.* Th. Paris, 1895.

(3) Orth. *Lehrb. d. spec. pathol. anatom.* Bd 2, 1893.

(4) Pick. Zur Histogenese und Classification der Gebärmuttersarcome. *Arch. für Gynæk.* Heft 1, 1895.

(5) Paviot et Bérard. Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier. *Arch. de méd. expérimentale*, nos 4 et 5, 1897.

(6) Hyenne. *Étude anatomo-clinique des principales dégénérescences des fibro-myômes de l'utérus.* Th. de Paris, 1898.

constitués par du tissu musculaire et du tissu fibreux, en proportions variables.

Parmi les diverses opinions relatives à l'histogenèse de ces tumeurs, nous ne signalerons que celle de Pilliet (1) que nous avons vérifiée sur plusieurs de nos pièces. D'après cet auteur, le fibromyôme provient des capillaires utérins dont l'endothélium reste intact, mais dont l'adventice donne naissance à une zône de cellules embryonnaires qui se multiplient et se développent pour constituer des rangées successivement concentriques de fibres musculaires lisses, orientées autour du vaisseau. Quant au tissu fibreux, il provient de la transformation des couches musculaires les plus périphériques, éloignées du vaisseau et ne recevant plus le sang en quantité suffisante pour continuer à vivre normalement.

Mais, sous quelle influence se fait ce développement? Galippe et Landouzy (2) ont cru trouver dans la présence de microbes la cause déterminante des fibromyômes « apparaissant comme le résultat d'une irritation proliférative provoquée par une épine parasitaire ». Dans deux corps fibreux stérilisés à la surface et coupés avec un couteau aseptique, des fragments du centre ensemencés dans divers milieux de culture ont donné des micrococques sphériques réunis deux à deux, en amas volumineux ou en longs chapelets; enfin, des bâtonnets, soit isolés, soit réunis deux à deux ou formant de longs filaments.

Nous avons répété cette expérience à trois reprises différentes; bien plus, nous avons ensemencé divers liquides extraits de fibromyômes en voie de dégénérescence, par conséquent plus susceptibles que les tumeurs normales de renfermer des micro-organismes. Dans tous les cas, nos cultures ont été stériles.

Pilliet (3) admet l'influence d'une inflammation de voisinage. Il a observé trois fois des fibromes développés autour de la

(1) PILLIET. Une hypothèse sur l'origine des fibromes utérins. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1894.

(2) GALIPPE et LANDOUZY. *Soc. biologie*, 18 février 1887.

(3) PILLIET. Note sur la pathogénie d'une variété de fibromes intra-utérins. *Soc. biologie*, 7 mars 1895.

trompe de Fallope dans son trajet intra-utérin, *lorsque celle-ci est enflammée*. Selon lui, « l'infection sert de point de départ, de cause à la prolifération des vaisseaux ».

Enfin, récemment, Legueu et Marien (1) ont vérifié également le rôle joué par l'inflammation, mais celle-ci, dans le cas qu'ils ont observé, avait son point de départ dans la muqueuse utérine.

2° **Dégénérescences des fibromyômes.** — I. — Les dégénérescences des fibromyômes signalées par différents anatomopathologistes sont fréquentes et nombreuses. Toutefois, parmi elles, il en est quelques-unes que nous croyons devoir éliminer de notre étude pour les raisons que nous allons indiquer.

La dégénérescence cartilagineuse, décrite par Bidder (2), Cruveilhier, Berneaudeaux (Th. Paris, 1857), n'est autre que la dégénérescence fibreuse, dont l'apparence, à l'œil nu, nous rappelle celle du tissu cartilagineux ; mais jamais, et Berneaudeaux le reconnaît lui-même, le microscope n'a montré dans un fibromyôme la présence de cellules cartilagineuses.

La dégénérescence osseuse doit de même, selon nous, être considérée comme une mauvaise interprétation de fibromyômes en état de dégénérescence calcaire : les quelques observations d'ossification véritable rapportées par Wedl (3), Bidder (fig. 38, *loc. cit.*), Freund (4), von Krauss (5), nous semblent suspectes en raison de l'absence de description histologique. Nous ne l'avons, pour notre part, jamais rencontrée.

La dégénérescence graisseuse a été souvent constatée ; elle a même été regardée comme un des modes de guérison spontanée des fibromyômes. D'après Klob et Virchow (6), elle frap-

---

(1) LEGUEU et MARIEN. *Annales de gyn. et d'obstétrique*, 1897, p. 136.

(2) BIDDER, cité par WALTER. *Ueber fibröse Körper der Gebärmutter*, Dorpat, 1852, p. 39.

(3) WEDL. *Grundzüge der path. Histologie*, p. 609, A. B.

(4) FREUND. *Klin. Beiträge f. Gyn.*, Bd III, p. 152.

(5) VON KRAUSS. Osteoid der Gebärmutter : *Würtemb. Corresp.*, 1850, p. 1.

(6) KLOB. *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*. Wien, 1864.

perait aussi bien les éléments musculaires que le tissu conjonctif, et pour ce motif, produirait tout au moins un arrêt complet dans l'accroissement de la tumeur, en atteignant son élément actif, la fibre musculaire. En tous cas, cette dégénérescence n'a été constatée microscopiquement que deux fois, par Freund et Martin (1), et dans ces deux exemples, la diminution de la tumeur n'en était pas résultée.

La dégénérescence carcinomateuse des fibromyômes est admise par les anciens auteurs, Morgagni, Van Swieten, Valentin, Dupuytren, et aussi par Virchow : « Il n'est pas douteux pour moi, dit ce dernier, qu'un myôme existant puisse dégénérer, pourvu qu'il se développe dans son tissu des éléments hétérologues ; le fait le plus fréquent est la dégénérescence carcinomatense ou cancroïde des myômes de l'utérus. »

Cette opinion avait déjà été rejetée par Bayle et par Cruveilhier. Elle l'est à peu près universellement à l'heure actuelle (Broca, Cornil et Ranvier, Siredey et Danlos, Delbet, Pozzi, etc...) malgré les observations de Klob, Glœser, Coe (2), Rœhrig, Liebmann (3), Ehrendorfer (4), qui rapportent des cas de dégénérescence carcinomateuse primitive de fibromyômes.

D'ailleurs, nos connaissances actuelles sur les tumeurs ne nous permettent pas d'admettre cette opinion. Le carcinome est en effet une tumeur épithéliale, qui ne peut naître qu'aux dépens d'épithélium, c'est-à-dire de tissus ayant pour origine le feuillet externe ou interne du blastoderme. Le fibromyôme, au contraire, est formé de tissu musculaire et conjonctif, c'est-à-dire d'éléments ayant pour origine le feuillet moyen du blastoderme : il ne peut donc jamais, en raison de sa constitution histologique et de son origine embryonnaire, donner naissance à un carcinome.

---

(1) A. Martin. *Beitrage zur Geb., etc...* Berlin, 1874, p. 34; *Centr. f. Gyn.*

(2) Coe. *Centr. für Gyn.*, p. 684, 1891.

(3) Liebmann. Ein Fall won Myocarcinom des Uterus. *Centr. Gyn.*, 1889, n° 17, p. 291.

(4) Ehrendorfer. *Centr. für Gyn.*, 1892, p. 513, n° 27.

Nous pensons que les cas de dégénérescence carcinomateuse des fibromyômes ne sont que des localisations secondaires de cancers primitifs développés aux dépens d'un épithélium quelconque de l'organisme, par le fait d'embolies cancéreuses arrivées dans le fibromyôme par la voie lymphatique ou sanguine ; ou bien qu'il s'agit de la prolifération épithéliale de quelques culs-de-sac glandulaires venant de la muqueuse et emprisonnés dans le fibromyôme au cours de son développement : cette opinion a été soutenue par Legueu et Marien (1) qui ont observé un cas où le fait n'était pas douteux; ou bien, enfin, qu'il n'y a le plus souvent qu'une propagation d'un carcinome dont le point de départ est la muqueuse utérine.

Dans une thèse toute récente, M. Bourgeois (2) rapporte un certain nombre d'observations de fibromyômes de l'utérus coexistant avec le cancer de cet organe. Dans tous ces cas, « on ne saurait admettre un seul instant que la tumeur fibreuse a subi une transformation maligne : c'est la muqueuse utérine, le tissu utérin avoisinant qui sont frappés ».

II. — Ayant ainsi éliminé les dégénérescences précédentes, il nous reste à en décrire quatre, dont le siège et le point de départ sont bien le fibromyôme de l'utérus. Ce sont :

1° La dégénérescence fibreuse; 2° la dégénérescence calcaire; 3° la dégénérescence œdémateuse; 4° la dégénérescence sarcomateuse.

1° Dégénérescence fibreuse. — Les anciens anatomo-pathologistes, Robin, Lebert, Cruveilhier, connaissaient déjà la dégénérescence fibreuse des fibromyômes : c'est à cet état qu'ils observaient le plus fréquemment ces tumeurs, car ils n'avaient à leur disposition que des pièces provenant d'autopsies et le plus souvent prises chez des femmes âgées.

Depuis, la nature musculaire des fibromyômes ayant été bien

---

(1) Legueu et Marien. Des éléments glandulaires dans les fibromyômes de l'utérus. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1897, p. 134.

(2) Bourgeois. *De la coexistence des tumeurs fibreuses de l'utérus et du cancer de cet organe*. Th. Lyon, 1897.

démontrée (Virchow, etc.), on a été amené à considérer la prédominance du tissu fibreux dans ces tumeurs comme une dégénérescence survenant au cours de leur évolution.

Nous savons que dans le fibromyôme normal adulte, autour des nodules myomateux périvasculaires existent constamment des faisceaux fibreux concentriques résultant de la transformation des fibres musculaires, par diminution de la nutrition ; de plus, dans l'intervalle de ces mêmes nodules, on trouve également des travées plus ou moins épaisses de tissu fibreux. C'est le développement exagéré de ces faisceaux, accompagné de la disparition du tissu musculaire, qui constitue la dégénérescence fibreuse.

Celle-ci est très fréquente, pour ne pas dire constante, dans les fibromyômes anciens, à longue évolution ; dans ces cas, elle se généralise ordinairement à la plus grande partie de la tumeur. Mais il n'est pas rare d'observer quelques points de dégénérescence isolés dans l'intérieur de fibromyômes adultes, en pleine période d'activité.

Les tumeurs envahies par cette transformation sont en général assez dures, et se coupent difficilement. Examinées à l'œil nu, elles ont une couleur légèrement jaunâtre, ou bien présentent parfois un aspect brillant, nacré, qui les a fait comparer à du cartilage. Très souvent la lobulation apparente sur les fibromyômes normaux a disparu.

Dans d'autres cas, et nous insistons particulièrement sur ce point, les placards de dégénérescence fibreuse sont ramollis par endroits ; on observe même quelquefois en leur intérieur des sortes de cavités à parois irrégulières, déchiquetées, remplies d'une substance molle, blanchâtre, ressemblant à de la bouillie, et sur lesquelles nous aurons à revenir un peu plus loin.

Au microscope, on reconnaît facilement la prédominance du tissu fibreux, plus ou moins fasciculé, renfermant parfois quelques rares noyaux allongés. Ce tissu affecte des dispositions variables suivant les cas.

Quelquefois, la tumeur présente l'apparence du fibromyôme

normal, avec cette différence que le tissu conjonctif internodulaire est très développé et que les nodules myomateux ne sont constitués que par quelques rangées concentriques de fibres musculaires souvent mal colorées par les réactifs, les autres étant remplacées par du tissu fibreux.

Dans d'autres cas, les fibrilles conjonctives internodulaires pénètrent dans l'intérieur des nodules myomateux sous forme de bandelettes plus ou moins épaisses, qui dissocient et enserrent les fibres musculaires ; celles-ci se présentent alors sous forme d'îlots irréguliers perdus au milieu de la masse du tissu fibreux. Dans ces deux cas cependant, on reconnaît encore le plus souvent, à l'aspect tourbillonné des faisceaux fibreux, la texture du fibromyôme normal.

D'autres fois enfin, cette dernière apparence n'existe plus, et l'on n'aperçoit que des faisceaux de tissu conjonctif disposés sans aucun ordre et formant des placards irréguliers.

Les vaisseaux sont rares au milieu de ce tissu ; la plupart du temps ils sont aplatis, et leur lumière est déformée par la pression des fibres avoisinantes.

La description que nous venons de faire est celle de la plupart des fibromyômes atteints de dégénérescence fibreuse ; mais nous avons signalé plus haut au milieu de celle-ci la présence de pseudo-cavités : voyons comment elles sont constituées.

Sur toutes nos préparations, elles siègent en plein centre des placards de tissu fibreux. Ceux-ci sont formés à leur périphérie par des fibres conjonctives plus ou moins serrées au milieu desquelles on reconnaît encore quelques cellules musculaires. Plus en dedans, on ne voit plus que du tissu fibreux pur ; puis, celui-ci se dissocie et s'effiloche en fibrilles qui vont se perdre au milieu de la masse centrale. Cette dernière, qui correspond aux points ramollis, ayant l'apparence d'une bouillie grisâtre, que nous avons signalés, est constituée par une substance amorphe, grenue ou vaguement fibrillaire, à peine colorée, dans laquelle il est impossible de distinguer aucun noyau. Enfin, il n'existe en ces points aucun vaisseau ; on en observe seulement quelques-uns dans le tissu musculaire périphérique.

Ainsi, dans les placards de dégénérescence fibreuse comme au sein de ces points ramollis qui offrent singulièrement, il faut le dire, l'apparence d'une nécrose, nous notons un caractère commun important : *la rareté des vaisseaux*. Ce fait est constant, il se rattache donc étroitement à l'évolution du processus que nous étudions. Mais est-il la conséquence, ou au contraire la cause de la dégénérescence fibreuse ?

C'est cette dernière opinion qui paraît admise actuellement. En effet, nous avons vu déjà qu'à la périphérie du nodule fibromyomateux normal, existe une zone de tissu fibreux, par suite de la diminution des phénomènes nutritifs en ces points éloignés du vaisseau central. Il est donc rationnel de penser que toute diminution dans l'activité de la circulation de la tumeur, que cette diminution porte sur un point limité, sur un simple bouquet vasculaire, sous une influence qui nous est inconnue, ou qu'elle s'étende au contraire au fibromyôme entier, comme cela s'observe à la ménopause, pourra être l'origine de la dégénérescence fibreuse. Ainsi, par la même cause, s'expliquera la présence de placards fibreux isolés au milieu de fibromyômes adultes, en plein accroissement, et au contraire la structure entièrement fibreuse des fibromyômes trouvés chez de vieilles femmes.

Mais le processus ainsi engendré ne se borne point à cela. Le tissu conjonctif, nous l'avons vu, enserre dans ses fibrilles le tissu musculaire ; celui-ci perd la coloration dans son protoplasma d'abord, puis dans son noyau, et enfin disparaît. Les vaisseaux subissent le même sort : aplatis, déformés, ils peuvent finir par être détruits complètement. Nous observerons alors non pas de la gangrène, puisqu'il n'y a point de germes infectieux, mais une véritable *nécrobiose* par défaut total de nutrition ; ainsi s'expliquera, toujours par le même mécanisme, la présence de ces points d'abord ramollis, qui plus tard tombent en déliquescence et donnent naissance à ces cavités pseudokystiques, pleines d'une bouillie plus ou moins blanchâtre, sur lesquelles nous avons insisté (1).

---

(1) Voir thèse HYENNE : obs. 4, 5 et 6, pages 37 à 45.

Enfin, en terminant, notons la coexistence assez fréquente, en même temps que la dégénérescence fibreuse, de points extrêmement durs, atteints de dégénérescence calcaire, et d'autre part, de points infiltrés de sérosité, analogues à ce que nous étudierons plus loin sous le nom de dégénérescence œdémateuse des fibromyômes. Ces dégénérescences ont d'ailleurs leurs caractères habituels, et ne sont en rien modifiées par la présence du tissu fibreux voisin; nous n'y insistons point pour le moment.

2° Dégénérescence calcaire. — La dégénérescence calcaire est la plus anciennement observée (pierres et calculs de la matrice); son histoire est intimement liée à celle des fibromyômes eux-mêmes. Elle coexiste souvent avec la dégénérescence fibreuse, et quelques auteurs (Virchow, Sévastopoulo) pensent même qu'elle succède ordinairement à cette dernière. Cependant elle peut se trouver dans les myômes, ainsi que l'ont admis Fœrster, Rokitansky, Hénocque (1), qui a vérifié la présence de fibres musculaires lisses dans une pierre de l'utérus, recueillie par Amussat en 1829, examinée après décalcification par l'acide chlorhydrique. Ces fibres musculaires présentaient même des altérations telles que des renflements variqueux et surtout « des dépôts de granulations graisseuses ».

La dégénérescence calcaire se trouve en général dans les fibromyômes anciens, et de préférence dans ceux qui sont sous-séreux et pédiculés, ou dans les polypes. La calcification débute quelquefois dans la périphérie de la tumeur, lui formant ainsi comme une sorte de coque indurée; mais le plus souvent, elle naît dans les parties centrales, par des points d'abord isolés qui plus tard se réunissent en amas plus ou moins considérables séparés entre eux par des espaces sains irréguliers.

L'analyse chimique a démontré dans ces tumeurs des matières minérales, du carbonate et du phosphate de chaux (analyses de Bostock et de Andral).

Examinées à l'œil nu, les parties infiltrées de sels calcaires

(1) Hénocque. *Archives de physiologie*, n° 4, 1873.

apparaissent dures et blanches, finement granuleuses ; elles résistent au couteau, mais ne rappellent nullement l'aspect du tissu osseux.

Au microscope, elles sont constituées par des placards irréguliers, prenant en masse les matières colorantes, et disséminés au milieu du tissu conjonctif ; il n'est pas rare d'apercevoir à leur voisinage quelques faisceaux de fibres musculaires. Mais le fait important à signaler est la disparition des vaisseaux. C'est probablement autour des capillaires que se font les premiers dépôts de sels calcaires ; ces derniers en s'accroissant finissent par envahir le vaisseau qui disparaît au milieu de la portion crétifiée. Les fibres musculaires sont de même probablement infiltrées par les sels calcaires qui les compriment dans leur masse : elles ne sont pas détruites par le processus, puisqu'on les retrouve après la décalcification (1).

Quelle est la cause de la dégénérescence calcaire? Est-ce une diminution de la circulation, comme le laisserait supposer sa présence dans les tumeurs anciennes, fibreuses et pédiculées, ayant par conséquent une irrigation sanguine peu active ? Nous ne pouvons l'affirmer ; en tous cas, c'est la plus probable, et celle qui est le plus généralement admise.

3° Dégénérescence œdémateuse. — Sous le nom de dégénérescence œdémateuse, nous allons étudier des transformations complexes qui surviennent au cours du développement des fibromyômes utérins, et qui ont été interprétées très différemment par les auteurs ; nous les trouvons en effet décrites sous les étiquettes diverses de : fibromes myxomateux ou myxoïdes, fibromes à géodes, tumeurs fibro-kystiques, sarcomes kystiques, etc.

Cette dégénérescence d'ailleurs est très fréquente ; sans aller aussi loin que le professeur Tripier (de Lyon), qui enseigne que « tout myôme utérin dépassant le volume d'un poing et se trouvant en phase de développement présente une ou plusieurs de ces zones à l'aspect colloïde, gélatineux », nous reconnais-

(1) Thèse Hyenne, obs. 7, 8 et 9.

sons l'avoir trouvée un grand nombre de fois, puisque nous avons pu en étudier 22 cas.

Depuis Cruveilhier qui, le premier, a décrit et baptisé les « géodes », tous ceux qui ont étudié l'anatomie pathologique des fibromyômes utérins ont signalé cette transformation. Nous ne saurions rappeler ici leurs noms et leurs opinions ; d'ailleurs, nous aurons à les citer au cours de la discussion nécessitée par l'interprétation de cette dégénérescence.

Par l'étude microscopique de nos fibromyômes œdémateux, nous avons vu qu'il en existait dans lesquels la dégénérescence était limitée à de rares points disséminés en leur intérieur ; d'autres dans lesquels elle était au contraire très étendue, parfois même généralisée ; d'autres enfin où le processus aboutissait à la formation de cavités pseudo-kystiques. C'est dire que nous avons pu étudier tous les intermédiaires de la dégénérescence, depuis son début jusqu'à sa terminaison, et tous les aspects sous lesquels elle se présente.

1. — Au point de vue *macroscopique*, voici schématiquement ce que nous observons (1) :

A un premier degré, il y a simple imbibition de certaines portions du fibromyôme par de la sérosité ; l'aspect de la tumeur ne paraît pas changé, seule sa consistance varie, elle devient ramollie en ces points.

A un degré plus avancé, l'infiltration s'accentue ; le liquide s'insinue entre les faisceaux de fibres conjonctives et musculaires, et les dissocie. Il en résulte la formation d'aréoles d'abord très petites, qui s'agrandissent peu à peu, à mesure que la sérosité les distend davantage. La tumeur prend alors un aspect gélatineux, elle est tremblottante, de couleur jaune verdâtre, comme de la *gelée de pommes*.

Enfin, à un troisième degré, le processus aboutit à la formation de cavités situées au milieu des masses gélatineuses, de formes irrégulières, à parois inégales et tomenteuses, d'où se

(1) Pour plus de détails, voir : Thèse HYENNE, observ. 10 à 32, p. 52 à 107.

détachent parfois des fibrilles qui flottent dans la sérosité qui les remplit : ces cavités résultent de la fusion d'un certain nombre des aréoles dont nous venons de parler.

II. — A l'examen *microscopique*, nous retrouvons, avec des caractères plus précis, les mêmes degrés.

Au début, nous observons l'infiltration des cellules musculaires ou conjonctives par la sérosité qui les gonfle, et en même temps les dissocie ; elles perdent, dans leur protoplasma d'abord, qui devient granuleux, puis dans leur noyau, qui se ratatine pour ainsi dire, l'affinité pour les matières colorantes. On aperçoit alors un tissu fibrillaire entre les mailles duquel il ne reste plus qu'une substance amorphe. Cette infiltration pénètre les bandes musculaires et conjonctives et les sépare en faisceaux ténus dont les cellules centrales ont seules échappé au processus.

A un degré plus complet, les mailles du tissu infiltré s'élargissent ; il se forme des aréoles de plus en plus grandes, limitées par des bandes de fibrilles ne renfermant plus que de rares noyaux, et toujours remplies de la même substance grenue ou vaguement striée.

Ces aréoles finissent par se réunir pour donner naissance à des cavités pseudo-kystiques dont les parois sont formées du même tissu fibrillaire tout dissocié ; enfin ces cavités sont elles-mêmes, par le fait de leur confluence, l'origine de certaines tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, ainsi que nous le verrons.

Que deviennent les vaisseaux au milieu de cette dégénérescence ? Un fait qui frappe au premier abord, et sur lequel nous insistons, c'est leur nombre considérable au niveau des points infiltrés. Et qu'on ne nous dise pas à ce propos qu'il n'y a qu'une simple illusion tenant à ce que, disséqués en quelque sorte par le processus, ils sont plus apparents qu'en tissu sain ; nous avons très fréquemment fait la comparaison entre des points sains et des points dégénérés ; toujours, nous avons pu constater un accroissement bien réel du nombre des vaisseaux.

Ces derniers, d'ailleurs, sont de diverses sortes ; quelques-

uns sont adultes, entourés de fibres musculaires concentriques qui leur forment une paroi plus ou moins épaisse ; mais la plupart sont jeunes, réduits à une simple paroi endothéliale d'aspect embryonnaire, en un mot.

Quelquefois ces vaisseaux sont dilatés ; parfois aussi, ils sont remplis de globules rouges et blancs. Mais le plus souvent leur lumière est libre ; en tous cas, nous n'avons jamais trouvé dans leur intérieur de trace quelconque d'organisation d'un caillot.

Enfin, un dernier caractère à signaler est la présence, dans un certain nombre de nos tumeurs, de noyaux arrondis embryonnaires, développés surtout autour des vaisseaux jeunes, néoformés. Nous ne faisons que noter ici ce fait, nous y reviendrons plus loin.

Où se fait le début de l'infiltration ? Pilliet (1) et après lui Costes ont vu la dégénérescence « myxomateuse » débuter par « la paroi du vaisseau qui se clive, se décompose en grandes lamelles conjonctives contenant des cellules plates largement étoilées ; ces cellules donnent naissance à un tissu muqueux qui peu à peu se creuse de petites cavités, se fond pour ainsi dire, et forme par sa disparition les grandes lacunes observées dans ce genre de dégénérescence. La lumière des vaisseaux est cloisonnée ou disparue ».

Il nous a bien semblé quelquefois que la dégénérescence commençait autour des vaisseaux, que nous n'avons, pour notre part, jamais trouvés obstrués, et encore moins disparus. Mais le plus souvent au contraire, nous avons nettement aperçu le début de la dégénérescence dans le tissu conjonctif internodulaire du fibromyôme. C'est là que se trouvent les vaisseaux embryonnaires nombreux que nous avons signalés ; c'est de là que le processus s'étend, pénétrant les nodules myomateux par leur phériphérie, les dissociant à leur tour, et atteignant en dernier lieu la paroi des vaisseaux de ces nodules.

Enfin, pour terminer cette courte description microscopique

(1) PILLIET et AUVRAY. *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 1er juillet 1894, p. 504.

de la dégénérescence œdémateuse, signalons quelques lésions concomitantes.

C'est d'abord la présence de placards de *nécrose*, analogues à ceux que nous avons déjà trouvés dans la dégénérescence fibreuse ; probablement ils sont dus à ce que le tissu œdémateux qui entoure ces parties du fibromyôme les comprime brusquement et les prive ainsi d'un apport nutritif suffisant.

C'est ensuite la présence, en plein tissu dégénéré, d'*hémorrhagies insterstitielles*, dont nous n'avons pas pu d'ailleurs déterminer le point de départ ni la cause, dans les deux cas que nous avons étudiés. Dans l'une de nos observations, à côté de cette infiltration intercellullaire par les globules du sang, nous avons même trouvé une *cavité hémorrhagique* d'un certain volume, analogue à celles qu'on rencontre fréquemment dans le sarcome, bien que notre tumeur ne présentât aucun des caractères de celui-ci.

III. — Nous arrivons maintenant à l'*étude du liquide* qui infiltre les fibromyômes, ou remplit les pseudo-kystes développés en leur intérieur par son agglomération.

C'est une sérosité jaunâtre, citrine, quelquefois de couleur orangée quand elle renferme des globules sanguins. Elle est de consistance légèrement visqueuse et laisse souvent sur les doigts comme une couche de vernis.

Abandonnée à l'air, elle se prend presque immédiatement en gelée. Traitée par la chaleur et les acides, elle se coagule en donnant un abondant précipité blanchâtre, se comportant ainsi comme les liquides albumineux.

Au point de vue chimique, voici sa composition, d'après une analyse qui nous a été faite par M. Dumouthiers, pharmacien de l'hôpital Saint-Joseph.

A cet effet, nous avions mélangé le liquide de plusieurs petites cavités pseudo-kystiques et celui de placards infiltrés, d'aspect gélatineux, recueilli par aspiration au moyen d'une pipette plongée dans la masse.

L'analyse a donné les résultats suivants :

« Liquide rosé, fluide, d'une densité de 1025 à 15°. »

A 100°, le liquide a donné 90 grammes de résidu fixe pour 1,000 centimètres cubes (un litre).

Sur ces 90 grammes, il y a 69 gr. 80 de matières albuminoïdes se décomposant ainsi :

Matières albuminoïdes 69 gr. 80	Albuminoses, 4 grammes par litre.
	Hydropisine, 22 gr. 10.
	Sérine, 43 gr. 70.

La fibrine apportée par le sang a été évaluée à 0 gr. 30 par litre.

Pas de mucine.

Pas de créatine, ni de créatinine.

Pas de peptones.

Les sels anhydres ont été évalués à 7 gr. 10 par litre ; ils se décomposent ainsi :

Sels anhydres 7 gr. 10	Chlorures, 4 gr. 38.
	Carbonates et phosphates, 2 gr. 72.

Enfin, *au point de vue bactériologique*, le liquide que nous étudions est ordinairement un liquide *stérile*. Après l'avoir recueilli avec toutes les précautions d'asepsie nécessaires, nous l'avons ensemencé à plusieurs reprises sur divers milieux de culture : bouillon, gélose, sérum. Jamais, nous n'avons obtenu la moindre apparence de colonie microbienne.

Nous venons de décrire une dégénérescence des fibromyômes de l'utérus, que nous avons appelée dégénérescence œdémateuse. Il nous reste maintenant à légitimer cette dénomination.

Les opinions des auteurs sont très variables au sujet de l'interprétation de la nature des lésions qui nous occupent ; elles peuvent se ranger sous quatre chefs principaux :

1° Œdème ; — 2° Dilatation des espaces lymphatiques ; — 3° Transformation myxomateuse ; — 4° Oblitération artérielle et nécrose consécutive.

Abordons maintenant la discussion de chacune d'elles. D'abord, nous croyons devoir identifier les fibromyômes à

géodes et les tumeurs fibro-kystiques, quel que soit le volume des cavités que ces néoplasmes renferment. En cela nous suivons les idées de Le Bec : « au point de vue de l'étude anatomo-pathologique, dit-il (*loc. cit.*, p. 7), on peut réunir les tumeurs myo-kystiques et les tumeurs à géodes. En effet, cette dernière espèce de tumeurs semble être en quelque sorte le premier degré possible de la maladie. Dans l'une les kystes sont petits, multiples et prennent la forme de simples cavités creusées dans le tissu du myôme ; dans l'autre les cavités sont agrandies et des kystes énormes se forment ». D'autres auteurs, Paviot et Bérard par exemple, sont du même avis.

Nous allons plus loin ; nous appuyant sur nos observations personnelles et sur un certain nombre d'autres que nous avons signalées, nous pensons que les tumeurs à géodes et par conséquent les tumeurs fibro-kystiques elles-mêmes ne sont que des degrés différents d'un seul processus qui est l'œdème. Nous avons pu, en effet, constater souvent au microscope la succession de ces degrés, depuis la simple infiltration et la dissociation fibrillaire du tissu conjonctif, la formation de petits alvéoles par l'accumulation de la sérosité et la mortification du tissu musculaire et conjonctif, jusqu'à l'apparition de cavités énormes, comme nous l'avons constaté dans un de nos cas (1). Nous ajoutons que jamais, dans aucune de ces cavités, nous n'avons observé de paroi propre ; aussi, à l'exemple de Pozzi et de Mermet, les avons-nous dénommées *pseudo-kystes*.

Est-ce à dire pour cela que nous nions l'origine lymphatique des géodes et des tumeurs fibro-kystiques ? Nous sommes bien obligés d'admettre la présence d'épithélium à la face interne de quelques-unes des cavités dont il est question ; ce fait a été observé par Ranvier et Malassez (in thèse Le Bec), et vérifié par un certain nombre d'auteurs que nous avons cités. Mais ces cas doivent être rares ; et, ces dernières années, la littérature médicale n'en a pas enregistré de bien nombreux exemples.

Nous ferons remarquer en outre, que les partisans de cette

(1) Thèse HYENNE, obs. 31, page 103.

opinion eux-mêmes ne sont point exclusifs ; car dans la thèse de Le Bec, nous trouvons une observation de Demarquay, de tumeur kystique de l'utérus, dans laquelle l'examen histologique fait par Bouchard n'avait point démontré la présence de paroi propre : « à la face interne, les éléments musculaires arrivent jusqu'au contact du liquide contenu dans le kyste ; cependant en ce point, les éléments ont subi une sorte de dégénérescence granuleuse qui donne à leur ensemble un aspect gélatineux. »

Enfin, en examinant au hasard quelques-unes des observations de tumeurs fibro-kystiques rapportées par Kœberlé, et que cet auteur considérait comme des ectasies lymphatiques, nous avons acquis la conviction que plusieurs devaient être identiques à ce que nous décrivons. Dans l'une d'elles, mémorable parce que c'était le premier cas où le diagnostic avait été fait avant l'opération, Kœberlé dit : « La tumeur était constituée par une multitude innombrable de loges et de sinus, dont la capacité variait depuis un à deux décimètres de diamètre jusqu'à quelques millimètres seulement. La plupart des cavités étaient contiguës et séparées par des cloisons très minces, incomplètes, ce qui donnait à la masse un aspect aréolaire analogue à l'éponge. D'autres étaient isolées au milieu d'une couche épaisse et très dense de tissu fibroïde… Le liquide qui les remplissait était limpide, citrin, analogue à la lymphe, et se coagulait spontanément au contact de l'air.

Voilà, il nous semble, une description qui ressemble bien aux nôtres ; et, dans le même cas, si l'analyse microscopique a démontré à Kœberlé la présence « de fibres-cellules de dimensions variables et plus ou moins granuleuses », elle ne paraît pas lui avoir décelé un épithélium sur la paroi interne des cavités, car il n'en parle pas.

En somme, nous concluons que la dilatation des lymphatiques par compression exercée au niveau du néoplasme, ou par tout autre mécanisme, est un fait indéniable, mais très rare ; il n'est point vérifié la plupart du temps et en tous cas, il ne rend point compte du début des lésions que nous décrivons,

lorsque les tumeurs présentent cet aspect gélatineux si caractéristique.

Nous n'admettrons point davantage la conception de Virchow qui désigne sous le nom de *dégénérescence myxomateuse* la transformation qui nous occupe. Ce mot, en effet, rappelle immédiatement à l'esprit un tissu analogue à celui du cordon ombilical, la gélatine de Warthon ; celle-ci est un tissu muqueux à substance fondamentale hyaline, dans laquelle plongent des cellules rondes ou étoilées, émettant des fibrilles ténues.

Or, dans nos fibromyômes, nous n'avons jamais rien observé qui ressemblât à cette structure du myxome, et nous ne croyons pas qu'on puisse identifier histologiquement ces deux ordres de tumeurs.

On nous objectera peut-être que le liquide d'infiltration renferme dans certains cas de la *mucine;* à cela, nous répondrons que le fait n'est point constant, puisque notre analyse chimique a été négative à ce sujet. En outre, il est établi que dans les tissus, tous les éléments jeunes font facilement de la mucine ; or, dans quelques-unes de nos tumeurs, nous avons décrit de petits placards de noyaux arrondis, embryonnaires, siégeant surtout à la périphérie des vaisseaux. Il est donc permis de supposer que la mucine, que l'on trouve quelquefois, est due à la présence de ces cellules embryonnaires.

Il nous reste une dernière théorie à discuter : c'est celle de Pilliet, qui ferait des géodes la conséquence de l'oblitération artérielle et de la nécrose consécutive.

Cette pathogénie est niée par MM. Paviot et Bérard qui n'ont « jamais vu ces oblitérations artérielles au voisinage de ces pseudo-kystes » ; qui pensent « que ces formations n'ont aucun caractère nécrobiotique ni macroscopique ni microscopique » ; qui ne « conçoivent pas qu'une tumeur de 5 à 8 kilogrammes tout entière transformée en géodes colloïdes, puisse atteindre un pareil développement, si chaque cavité ou pseudo-cavité est l'œuvre d'une mortification ».

Comme MM. Paviot et Bérard, il est vrai, nous n'avons

jamais vu d'oblitération artérielle au voisinage des points gélatineux ou des géodes ; la lumière des vaisseaux nous a presque toujours apparu libre, et si dans quelques cas elle était comblée par des globules sanguins, ceux-ci n'avaient aucun caractère d'organisation visible aux plus forts grossissements du microscope ; par conséquent, nous pensons que ces globules ne sont que des reliquats de caillots déterminés, après l'extraction de la tumeur, par l'action de l'alcool dans lequel nous plongions nos fragments pour les durcir. D'ailleurs, dans un cas où nous avons pu constater des oblitérations artérielles très nettes avec organisation du caillot, il n'y avait pas eu formation de cavités pseudo-kystiques ni de points gélatineux.

Mais nous protestons avec énergie contre cette allégation de MM. Paviot et Bérard prétendant que « ces formations n'ont aucun caractère nécrobiotique ». Nous avons, en effet, suivi au microscope, dans un certain nombre de cas non douteux d'œdème, la nécrobiose débutant par la perte de coloration du protoplasma d'abord, puis du noyau, et aboutissant à la formation d'une bouillie grisâtre où l'on ne reconnaît plus que des masses amorphes, au milieu desquelles de rares noyaux viennent encore donner la signature du tissu musculaire. Nous avons même, en insistant sur ces caractères, interprété cette nécrose par la compression brusque déterminée par l'œdème sur le tissu musculaire.

Revenons maintenant à la théorie de Pilliet. Avant d'aller plus loin, constatons qu'il a admis récemment l'œdème comme origine des géodes (*Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1896). Par conséquent il n'est point adversaire de notre opinion et la discussion nous sera facile.

Ce qu'il faut dire, c'est que, si les géodes existent le plus souvent dans les fibromyômes atteints de dégénérescence œdémateuse, on constate également des cavités analogues, mais bien moins fréquentes, à notre avis, dans ceux qui sont en *dégénérescence sarcomateuse*. Dans ce dernier cas, on observe nettement des oblitérations vasculaires qui peuvent donner lieu à de la nécrose et à des cavités consécutives à celles-ci.

Il résulte de cette courte explication que MM. Paviot et Bérard nous paraissent avoir mal interprété les idées de Pilliet, qui n'a jamais décrit ce que ces auteurs appellent portions myxoïdes et kystiques, ce que nous appelons portions œdémateuses, comme « le résultat d'une oblitération vasculaire » ; dans le cas de Pilliet, en effet, il s'agissait d'un fibro-sarcome, avec cavités nécrobiotiques, pour lesquelles la pathogénie qu'il invoque était parfaitement justifiée ; seulement nous croyons qu'il est allé trop loin en attribuant à la plupart des formations kystiques des fibromyômes une origine sarcomateuse ; le processus que nous invoquons nous paraît de beaucoup le plus fréquent.

De toute cette discussion, nous concluons, à la suite des nombreux auteurs que nous avons cités, que les lésions que nous venons de décrire sont dues à l'*œdème*.

L'examen microscopique de tous nos cas nous a toujours démontré en effet la présence du même processus, qui est celui que nous indiquons. En outre, l'examen chimique du liquide infiltré dans la tumeur nous a donné une preuve de plus à l'appui de notre opinion. Si nous voulons nous reporter à notre analyse et comparer la composition du liquide qui imbibe nos fibromyômes à celle du sérum sanguin, nous verrons une analogie frappante. D'après Mathias Duval (1), en effet, le sérum sanguin contient principalement des substances albuminoïdes dans la proportion considérable de 70 à 75 p. 1000, dont la plus importante est la sérine ; et des sels, dans la proportion de 6 à 8 p. 1000, dont les plus importants sont le chlorure de sodium et le carbonate de soude. Or nous avons trouvé dans notre liquide 69 gr. 80 p. 1000 de matières albuminoïdes, et parmi celles-ci 43 gr. 70 de sérine ; 7 gr. 10 p. 1000 de sels anhydres, composés surtout de chlorures et de carbonates.

Ceci établi, quelle est la nature des tumeurs dans lesquelles se produit l'œdème ? Cette lésion est-elle quelque chose d'essentiel, ou au contraire n'est-elle qu'un « accident, dans le déve-

---

(1) MATHIAS DUVAL. *Cours de physiologie*, p. 204, 1892.

loppement des tumeurs dites sarcomes », comme l'affirment Pick et MM. Paviot et Bérard ?

On a pu voir, dans l'exposé de nos observations, que nous avons séparé en quelque sorte deux espèces de fibromyômes œdémateux : les premiers étant complètement ou presque complètement envahis par ce processus ; les seconds au contraire montrant seulement en leur intérieur quelques rares points où la lésion était appréciable. Ajoutons à cela que la clinique semble différencier encore ces deux ordres de tumeurs, puisque les premières possèdent, comme nous le verrons plus loin, un des caractères primordiaux que l'on assigne aux tumeurs malignes, la rapidité de l'accroissement, tandis que les secondes se comportent comme les fibromyômes normaux. Enfin, la présence, au milieu de certaines de ces tumeurs, de placards de noyaux arrondis, d'apparence embryonnaire vient encore à l'appui de l'opinion soutenue par MM. Paviot et Bérard.

Malgré cela, nous ne sommes point de l'avis de ces auteurs. Nous pensons que, dans tous ces cas, il s'agit de la même lésion; le microscope nous a montré la même apparence soit dans son début, soit dans son évolution, aussi bien dans les fibromyômes où elle était généralisée que dans ceux où elle se localisait à un point isolé. Quant aux cellules embryonnaires périvasculaires dont nous venons de parler, nous croyons qu'elles sont simplement d'origine inflammatoire ; nous nous refusons complètement à voir en elles des points de sarcome, et l'évolution des tumeurs qui les renferment semble nous donner raison.

Nous n'admettons pas davantage que les portions « œdémateuses » représentent un processus « d'accroissement, d'extension, de surnutrition du néoplasme », comme le pensent MM. Paviot et Bérard. Pour nous, elles représentent au contraire un processus de mortification, de dégénérescence : nous avons en effet constaté très souvent, d'une façon non douteuse, la nécrose des fibres musculaires.

Nous pensons donc que l'œdème, envahissant la totalité, ou au contraire une portion isolée d'un fibromyôme utérin, est suffisant pour donner à ces tumeurs des caractères spéciaux, ana-

logues à ceux que nous avons décrits ; cette lésion d'ailleurs n'est point toujours isolée ; nous l'avons trouvée dans les fibromyômes atteints de dégénérescence fibreuse ; elle peut exister également au cours de la dégénérescence sarcomateuse, ce qui explique les variations d'opinion à son sujet.

Terminons en étudiant un point de physiologie pathologique intéressant, mais que nous n'avons pu éclaircir, malgré le nombre de nos examens macroscopiques et microscopiques. Pourquoi et comment se produit l'œdème ?

En général, deux grandes causes surtout commandent cette lésion, quel que soit le tissu dans lequel elle se produit :

1° Les troubles de la circulation sanguine : dans les capillaires, dans les artères, dans les veines ;

2° Les troubles de la circulation lymphatique.

C'est en partant de ces principes que nous avons fait nos recherches.

Au point de vue microscopique, nous avons constaté plusieurs fois une dilatation parfois très notable des veines et des lymphatiques qui circulent à la surface des fibromyômes. Cette dilatation était l'indice d'une gêne dans la circulation en retour du sang et de la lymphe contenus dans la tumeur. Mais nous avons cherché en vain le lieu de la compression ; dans aucun cas nous ne l'avons trouvé.

L'examen microscopique ne nous a pas donné non plus la solution du problème. La plupart du temps nous avons pu constater dans nos fibromyômes œdémateux que la lumière des vaisseaux était libre, et que par conséquent la circulation s'y faisait facilement. Ce que nous avons vu, c'est, dans quelques cas, la dilatation des vaisseaux en certains points ; c'est, dans tous les cas, une augmentation parfois considérable du nombre des capillaires. A quoi est due celle-ci, nous l'ignorons, mais il nous sera permis de supposer que la présence de ces néo-vaisseaux n'est peut-être pas étrangère à l'apparition de l'œdème ; peut-être la cause de celui-ci réside-t-elle dans la perméabilité excessive de leur paroi. Ajoutons à cela des stases circulatoires probables en raison des dilatations vasculaires superficielles et

profondes que nous avons signalées, et nous aurons dit tout ce que nos examens nous permettent d'affirmer sans faire d'hypothèses non vérifiées par l'observation.

En résumé, les tumeurs que nous classons sous le titre de fibromyômes œdémateux sont peut-être complexes. Si leur aspect microscopique apparaît toujours identique et facile à interpréter, nous ne nous dissimulons point que leur évolution présente des points obscurs ; ces points sont l'accroissement rapide et l'existence des amas de noyaux embryonnaires. Mais d'autre part la clinique, dont il faut tenir compte, nous apprendra que jamais elles ne se comportent comme les néoplasmes malins ; elles ont peu d'influence sur l'état général, sinon par les troubles de compression qu'elles déterminent ; elles ne se généralisent point, n'envahissent point les ganglions ; enfin, après l'ablation, elles ne récidivent pas.

Ce sont ces raisons, ajoutées à l'extrême fréquence de cette lésion, qui nous ont amenés à faire de l'œdème un chapitre spécial de l'étude des dégénérescences des fibromyômes utérins.

4° DÉGÉNÉRESCENCE SARCOMATEUSE. — La dégénérescence sarcomateuse des fibromyômes de l'utérus a été tantôt admise (Wenzel, Valentin, etc.), tantôt rejetée (Robert Lee, Walter, Cruveilhier) par les anciens auteurs qui confondaient vraisemblablement le sarcome et le carcinome.

Virchov (*loc. cit.*, p. 314) a observé des transformations sarcomateuses des myômes utérins, « surtout dans la forme du sarcome à cellules fusiformes et à cellules rondes avec substance intercellulaire fibreuse ou muqueuse ».

Laurent (1) admet au contraire la simple coexistence du fibrômyome et du sarcome : « On peut rencontrer, dit-il, des nodules en partie fibromateux, en partie sarcomateux, sans que les éléments histologiques se confondent. »

La question de la dégénérescence sarcomateuse des fibro-

(1) LAURENT. Fibromyômes et sarcomes utérins (La clinique de Bruxelles). *Arch. de tocologie et de gynécologie*, janvier 1895, p. 69.

myômes utérins a inspiré ces dernières années un certain nombre de travaux importants, aussi bien à l'étranger qu'en France. Nous nous contenterons de les signaler et d'en extraire les idées principales, sans chercher à les discuter. Le sarcome est, en effet, un point de l'anatomie pathologique encore entouré d'obscurité et au sujet duquel l'accord est loin d'être fait.

Cependant, nous ne suivrons pas les idées de l'École de Lyon, qui nous paraissent trop avancées. Voici, en effet, ce que disent MM. Paviot et Bérard, dans un mémoire que nous avons signalé déjà plusieurs fois : « Il n'y a pas de sarcome, mais des tumeurs plus ou moins caractérisées de tissus définitifs et nées des éléments de ces tissus; c'est leur origine vraie qu'il faut apprendre à reconnaître. » Nous croyons qu'il est prématuré de rayer du cadre de la science le mot sarcome, que MM. Tripier et Bard, de Lyon, conservent encore, et que, en la circonstance, il vaut celui de « cancer musculaire lisse », qu'on cherche à lui substituer.

D'ailleurs, pour le sujet qui nous intéresse, la chose a peu d'importance, puisqu'il s'agit des mêmes tumeurs; nous n'insistons donc pas davantage sur ce point.

Trois théories principales ont été données pour expliquer l'histogenèse de la dégénérescence sarcomateuse des fibromyômes de l'utérus : 1° Développement aux dépens du tissu conjonctif des myômes ; 2° Développement aux dépens de l'endothélium des vaisseaux sanguins ou lymphatiques ; 3° Développement aux dépens des cellules musculaires elles-mêmes de la tumeur.

La première de ces théories est celle de Virchow (*loc. cit.*, p. 392) : « La dégénérescence sarcomateuse, dit-il, débute par la prolifération dans certains endroits de la substance intercellulaire. Les cellules augmentent par scission ; au commencement elles sont petites, plus tard elles grossissent et renferment des noyaux considérables comme de gros corpuscules muqueux, tandis que la substance intercellulaire devient plus lâche et plus molle. Tandis que les interstices s'élargissent, le tissu musculaire disparaît complètement dans beaucoup d'en-

droits ; dans d'autres, il persiste et devient même plus abondant. »

Un certain nombre d'auteurs partagent les idées de Virchow, parmi ceux-ci, citons Birch-Hirschfeld, Chroback, Gusserow.

La théorie de l'origine endothéliale vasculaire de la dégénérescence sarcomateuse est soutenue, à l'étranger, par Pfannenstiel (1), Amann (2), Orth (3) ; en France par Pilliet (4) et Costes (thèse). Voici, d'après ces derniers auteurs, ce qui se passe. « L'endothélium des vaisseaux sanguins est formé normalement de larges cellules aplaties, qui se segmentent, se multiplient dès le début de la transformation sarcomateuse et forment autour du vaisseau une couche de nombreuses cellules arrondies, proéminentes, presque toutes en voie de division. Ces cellules continuent à se multiplier et forment ainsi plusieurs couches concentriques. Ce processus s'étend aussi aux capillaires et à leurs nombreuses pointes d'accroissement, les cellules sarcomateuses ainsi développées continuent à se multiplier dans la substance intermédiaire des fibres musculaires. Celles-ci subissant le processus irritatif, s'hypertrophient, leur protoplasma perd son homogénéité, sa structure, leurs noyaux deviennent granuleux, irréguliers, et elles finissent par disparaître pour faire place au tissu sarcomateux qui s'étend peu à peu. Pendant que les cellules sarcomateuses se développent sur les parois des capillaires et envahissent le fibromyôme, les cellules endothéliales continuent souvent à se multiplier par couches successives et finissent par en oblitérer plus ou moins complètement la lumière. Alors la circulation s'arrête dans la zone irriguée par le petit vaisseau. Le tissu sarcomateux répandu dans ce point ne recevant plus de matériaux de nutrition se

(1) PFANNENSTIEL. Das traubige Sarc. der cervix uter. *Virchow's Archiv*, Bd 127, S. 305, ff. 1892.

(2) AMANN. *Ueber Neubildungen d. Cervicalcan. d. uter.*, S. 25, ff. 1892.

(3) ORTH. *Lehrb. d. spec. pathol. Anatom.*, Bd 2, Liefgr. 3, S. 486, 1893.

(4) PILLIET. *Société anatomique*, janvier, juillet et octobre 1894. PILLIET et COSTES. *Société de biologie*, 1894.

nécrose, et nous avons une petite cavité kystique. Si le processus d'oblitération frappe un certain nombre de vaisseaux, nous avons la production d'un grand kyste sarcomateux. Comme un certain nombre de vaisseaux sont détruits, nous avons l'origine du liquide hémorrhagique si souvent décrit dans ces kystes. »

Enfin, la dernière théorie, celle du développement par transformation des cellules musculaires elle-mêmes a été défendue par von Kalden (1), par Williams (2), par Pick (3); c'est celle qu'adoptent MM. Paviot et Bérard.

Pick, ayant observé un polype myomateux inséré sur le fond de l'utérus et poussant par ses bourgeonnements comme une grappe qui remplit et dilate la cavité du corps, admet que le myôme à fibres lisses adultes bien reconnaissables précède le sarcome à cellules rondes et fusiformes : ces dernières proviendraient par transformations progressives des fibres-cellules du myôme. Un certain nombre de figures accompagnent ce travail pour en appuyer les idées.

Tout en étant d'accord, en principe, avec Pick, MM. Paviot et Bérard diffèrent sur l'interprétation de ce fait. Pour eux, il n'est pas nécessaire que le fibromyôme précède toujours le sarcome; et les « cellules musculaires lisses, plus ou moins reconnaissables et bien formées, qui se rencontrent dans une tumeur maligne à cellules rondes et fusiformes de l'utérus, représentent la transformation de ces dernières, qui doivent naturellement, à moins d'un degré de malignité rarement observé, évoluer vers la formation de la cellule adulte, la fibre-cellule, dont elles ne représentent que le stade embryonnaire ».

La description de la dégénérescence sarcomateuse de fibromyômes utérins ne présente rien de bien particulier. On note en effet le même aspect que dans la plupart des sarcomes et on

---

(1) VON KALDEN. Das Sarcom d. Uterus. *Ziegler's Beiträge zur patolog. Anatom.*, 1893.

(2) WILLIAMS. Beiträge sur Histologie und Histogenese d. Uterus-Sarcoms. *Zeitschrift f. Heilk.*, Bd 15, Zw. 3, Heft, 1894.

(3) L. PICK. Zur Histogenese und Classification der Gebarmuttersarcome. *Arch. f. Gynækol.*, Heft I, p. 24, 1895.

retrouve assez souvent la formation de cavités pseudo-kystiques dues à une nécrose par oblitération vasculaire ; quelquefois ces kystes ont un contenu hémorrhagique (1).

Nous n'insisterons pas, ainsi que nous l'avons dit, sur l'interprétation de cette dégénérescence; mais nous tenons, en terminant, à protester contre quelques-unes des affirmations de MM. Paviot et Bérard.

Ces auteurs, niant l'origine endothéliale vasculaire de cette transformation, ajoutent ceci : « Ce processus, peut être séduisant comme idée spéculative, nous paraissait déjà peu vraisemblable avant tout contrôle direct par l'examen des fibromyômes devenus malins que nous avions à notre disposition. Lorsque nous cherchâmes à le retrouver au microscope sur les coupes elles-mêmes, nous ne vîmes ni orientation nette des productions malignes autour des vaisseaux, ni formations nettes endo- ou péri-vasculaires attribuables à l'endothélium. Enfin le travail d'oblitération vasculaire qui aboutirait à la formation des kystes nous a toujours échappé ».

Eh bien, ici encore nous devons contredire absolument MM. Paviot et Bérard ; en effet, dans une des planches jointes à la thèse de l'un de nous, on voit clairement et de façon non douteuse, sur l'espace relativement minime d'un dessin microscopique, et l'*orientation nette autour des vaisseaux* et les *formations endo et péri-vasculaires*, et même l'*oblitération vasculaire*. Quant à la production des kystes qui leur a échappé, nous l'avons observée dans nos deux cas de fibromyômes sarcomateux ; par conséquent, il ne nous semble pas possible de la mettre en doute.

Nous concluons de ceci que, si nous pouvions nous baser sur deux cas seulement pour interpréter l'origine de la dégénérescence sarcomateuse, nous serions obligés d'adopter la théorie de l'origine vasculaire endothéliale, soutenue en France par M. Pilliet.

Nous avons apporté en tous cas des faits nouveaux confir-

(1) Thèse HYENNE, obs. 32 et 33, p. 126 à 133.

mant cette opinion, qui n'est peut-être pas exclusive, mais qui ne nous paraît point douteuse, et qui nous semble mériter mieux que le nom de « conception spéculative, n'ayant jamais reçu la confirmation des histologistes », qu'on veut bien lui donner.

3° **Du rôle des vaisseaux dans l'évolution des fibromyômes de l'utérus et de leurs dégénérescences.** — S'il est un point qui ait dû nous frapper dans l'étude histologique que nous venons de faire, aussi bien du fibromyôme normal que de ses dégénérescences, c'est certainement le rôle considérable que jouent les vaisseaux sanguins. Nous les voyons en effet, présider à la formation et à l'évolution tout entière, normale ou anormale, de ces tumeurs.

Nous savons que le fibromyôme utérin se développe autour des petits vaisseaux et des capillaires, par « néoformation de cellules embryonnaires dans l'adventice ». Que se passe-t-il lorsque, sous une influence quelconque, il y a ralentissement dans l'apport sanguin, soit par suite de la diminution de l'activité circulatoire, soit par suite de la diminution du nombre des vaisseaux ?

Plusieurs transformations sont possibles.

Dans certains cas, on observera la dégénérescence fibreuse, qui est fréquente à la ménopause et frappe alors en général le fibromyôme entier, mais qui peut exister également en des points localisés, dans l'intérieur de fibromyômes jeunes en voie d'évolution. Parfois, on aura la formation de la dégénérescence calcaire, au milieu de laquelle on n'observe plus de vaisseaux. Dans d'autres circonstances, on assistera à l'apparition d'une véritable *nécrose*, qui peut se produire de différentes manières.

Nous l'avons notée au cours de la dégénérescence fibreuse, lorsque les vaisseaux, atteints eux-mêmes par le processus, et enserrés dans le tissu conjonctif, disparaissent ; la nutrition des portions ainsi privées de tout apport sanguin devient impossible, il y a mortification et formation des cavités nécrobiotiques que nous avons signalées.

Nous l'avons vue encore au cours de la dégénérescence sar-

comateuse, lorsque la lumière des vaisseaux est le siège de productions néoplasiques qui l'obstruent, déterminant ainsi l'arrêt de la circulation en ces points et la formation de cavités de même nature que les précédentes.

Enfin, nous l'avons observée dans deux cas où elle était généralisée à la presque totalité du fibromyôme et se montrait à sa période de début. Dans aucune de ces tumeurs nous n'avons trouvé de cause de compression visible extérieurement ; elles n'étaient point pédiculées et l'utérus qui les portait n'avait point subi de torsion sur son axe. Dans l'une d'elles, la nécrose était due vraisemblablement à l'oblitération des vaisseaux par des caillots qui, sur plusieurs coupes, montraient un commencement d'organisation, témoignage non douteux de leur ancienneté ; dans l'autre, elle coexistait avec une disparition presque complète des vaisseaux, dont la cause nous a échappé (1).

Ces lésions ne sont pas les seules que produisent la diminution ou l'arrêt de la circulation dans les fibromyômes. Dans certains cas de torsion soit du pédicule, soit de l'axe de la tumeur, on observe une véritable *apoplexie* dans son intérieur. Des exemples de ce genre ont été étudiés récemment par Mermet (2), par Pilliet et Delaunay (3), par Péan et par Walther (4). Ces fibromyômes se manifestent à l'œil nu par une coloration rougeâtre ou jambonnée toute spéciale qui leur donne une apparence charnue, et dans leur intérieur, se détachent des points d'extravasation sanguine plus foncés, qui constituent de véritables infarctus, diffus, à contours mal définis, mais reconnaissables à leur teinte lie de vin ou parfois truffée ; ces points sont surtout abondants à la périphérie de la tumeur. Au microscope, on observe « la dissociation des éléments fibromyomateux par

---

(1) Thèse HYENNE, obs. 34 et 35, p. 135 à 140.

(2) MERMET. Fibromyôme utérin sous-péritonéal. Torsion du pédicule. *Bulletins Soc. anatomique*, juin et décembre 1896.

(3) PILLIET et DELAUNAY. Fibrome utérin à pédicule tordu. *Bull. Soc. anat.*, juillet 1897.

(4) In thèse de PLANQUE. *Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins*, Paris, 1897.

l'hémorrhagie, la stase et la thrombose veineuse, le faible calibre des artères, et au voisinage des nappes hémorrhagiques, la réplétion lymphatique avec diapédèse des leucocytes ».

Nous venons de voir un certain nombre de transformations des fibromyômes liées à la diminution du nombre des vaisseaux et au ralentissement ou à l'arrêt de la circulation. Parfois au contraire, celle-ci est augmentée, et on assiste à une véritable floraison de vaisseaux embryonnaires, constitués par une seule couche de cellules endothéliales. Cet aspect est constant dans les fibromyômes atteints de dégénérescence œdémateuse, et il semble bien qu'il y ait des rapports étroits entre l'œdème et l'existence de ces vaisseaux.

De même, dans la dégénérescence sarcomateuse, il y a toujours, au début, une augmentation considérable du nombre des capillaires et de leurs pointes d'accroissement.

Toutefois, c'est dans les tumeurs dites *télangiectasiques*, que l'on observe le maximum d'augmentation du nombre et du volume des vaisseaux. Nous avons eu l'occasion d'en examiner un beau cas, publié d'ailleurs par M. Mermet (1), qui nous en avait remis quelques coupes. Il s'agissait d'une tumeur éminemment maligne, en voie d'évolution toujours croissante, dangereuse par sa richesse en éléments jeunes et par son abondance en vaisseaux, d'une véritable tumeur érectile du muscle utérin.

En résumé, il résulte de ce que nous venons de dire, que parmi les dégénérescences des fibromyômes de l'utérus, les unes s'accompagnent d'une diminution constante de la circulation sanguine : elles ont une évolution que nous appellerons régressive ; les autres, au contraire, s'accompagnent d'une augmentation constante de la circulation sanguine : elles ont une évolution que nous appellerons progressive. Ces points sont d'ailleurs confirmés par la clinique, comme nous allons le voir. (*A suivre.*)

---

(1) MERMET. Structure histologique d'un fibromyôme utérin télangiectasique. Évolution sarcomateuse. *Bull. Société anatomique,* décembre 1876.

REVUE CLINIQUE

TUBERCULOSE VÉGÉTANTE DU COL UTÉRIN SIMULANT LE CANCER

Par le Dr **Junior Vitrac**
Chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Bordeaux (1).

Les formes anatomiques de la tuberculose de l'utérus qui ont été décrites jusqu'à ce jour sont la forme *ulcéreuse* et la forme *miliaire ;* quant à la forme *fistuleuse* admise par Daurios (Th. Paris, 1888-89), elle ne peut être considérée que comme le résultat d'un accident survenu dans le cours de l'évolution de la tuberculose ulcéreuse : la production des fistules tient uniquement à ce que la tuberculose s'est développée dans le voisinage d'un organe creux (urèthre, rectum).

La forme miliaire elle-même ne reste miliaire que si elle évolue en tant que localisation sur l'utérus d'une tuberculose suraiguë, et ce fait est du reste exceptionnel (Cornil). Dans les cas habituels, la granulation miliaire n'est que le premier stade du tubercule destiné à caséification, puis à l'ulcération. Et en somme la forme ulcéreuse se trouve être la seule qui ait été observée ou décrite dans la tuberculose chronique de l'utérus.

Parfois les granulations primitives bordant les ulcérations ont pu simuler des petites végétations; *mais la végétation existant seule, sous forme de tumeur et sans ulcération apparente, restait à étudier.*

I. — Où se rencontre dans l'utérus la forme *végétante ?* on peut dire : jamais au niveau de la muqueuse intra-utérine, ou endocervicale, mais *toujours au niveau de la partie vaginale du col.* Ce fait, vérifié par la critique des observations de tuberculose utérine soigneusement faite par M. Vitrac, est rendu

(1) Voir JUNIOR VITRAC. *Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol,* 2 mars 1898.

compréhensible par les caractères histologiques des « végétations ».

Elles étaient en effet, dans le cas de M. Vitrac, formées de la façon suivante : la muqueuse cervico-vaginale était repoussée, distendue par de nombreux tubercules situés dans l'épaisseur de la lèvre postérieure du col. Ces tubercules étaient situés à quelque distance de la couche basale de l'épithélium pavimenteux, et entre leur surface et cet épithélium, le chorion de la muqueuse était infiltré de nombreux globules blancs ou rouges : autant de foyers œdémateux ou hémorragiques qui aidaient par leur présence à rendre exubérant et comme « végétant » le con-

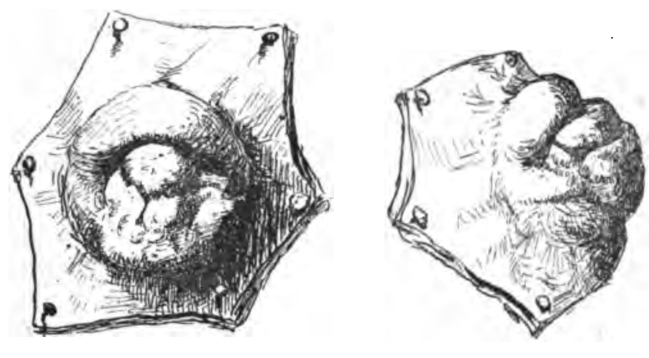


FIG. 1. FIG. 2.

tour du col. L'épithélium cervico-vaginal recouvrait partout la surface bosselée du col.

On comprend maintenant comment ces déformations presque mécaniques ne peuvent se produire que dans le segment vaginal du col, puisqu'elles trouvent, là, libre expansion dans son épaisseur, et résistance suffisante à sa superficie.

Au contraire, vers les glandes de la muqueuse endo-cervicale, le processus tuberculeux avait déterminé des lésions moins spéciales : les épithéliums glandulaires plus fragiles, étaient en partie détruits et en ces points se trouvait exactement reproduite la forme des lésions banales restées classiques depuis la description de Cornil. Les modifications de la partie vaginale sont

donc seules originales et caractéristiques de la tuberculose végétante.

Quant aux caractères extérieurs de la tumeur, que les figures 1 et 2 nous dispensent de décrire, *ils rappelaient ceux de certaines formes papillomateuses du lupus des muqueuses*, la tuberculose avec pachydermie verruqueuse du larynx, par exemple ; mais au point de vue histologique, pas de formations papillomateuses variées ; aussi M. Vitrac a-t-il préféré le terme plus vague de « tuberculose végétante papillomateuse » à celui de tuberculose récemment employé par E. Fränkel à propos d'une tuberculose utérine assez semblable à celle décrite par nous.

II. — Et de même que ces tuberculoses ont, là où elles sont habituelles, une *virulence atténuée* et une *évolution lente*, de même la tuberculose végétante du col utérin devait présenter des particularités analogues.

En effet, dans le cas de Jeanne P..., les sécrétions recueillies sur le col n'ont pas été infectantes : il a fallu, pour tuberculiser le cobaye, faire les inoculations avec des parcelles de la tumeur : les coupes microspiques n'y avaient décelé que de très rares bacilles.

Quant à l'évolution de l'affection chez la malade (âgée de 24 ans), elle est non moins remarquable par sa torpeur, puisque le début remontait à l'âge de 14 ans et peut-être même à l'âge de 7 ans ! (1). Jeanne P... était du reste tuberculeuse par ailleurs, et depuis longtemps ; mais toutes ses lésions ont la même forme atténuée : une cystite vraisemblablement tuberculeuse date déjà de 12 ans, elle reste silencieuse pendant de longues périodes, et les urines contiennent seulement des traces de pus.

L'hystérectomie vaginale pratiquée avec succès permet de constater que le col seul était tuberculeux ; rien dans le corps, ni dans les annexes.

(1) La tuberculose utérine dans sa forme habituelle a été observée chez des enfants beaucoup plus jeunes : 5 ans, 3 ans, 20 mois et même 2 mois (Péron).

Au point de vue pathogénique, le cas observé par nous est *un véritable chancre tuberculeux par inoculation directe :* Jeanne P... était tombée autrefois sur la pointe recourbée d'un racloir en fer, et la vulve et le vagin sûrement, le col peut-être, avaient été blessés. Ce traumatisme, chez une fillette, reproduit l'inoculation obtenue par Cornil et Dobroklonsky chez les cobayes femelles; *les tuberculoses expérimentales étudiées par ces auteurs sont histologiquement identiques à la tuberculose végétante de Jeanne P...* Cette infection des voies génitales par un corps étranger n'est pas, du reste, chose rare : l'histoire habituelle des vulvo-vaginites des petites filles montre que l'inoculation des parties externes est même suffisante pour la provoquer.

III. — Au point de vue clinique, nous avons insisté sur la *possibilité de confondre la tuberculose végétante du col avec le cancer*; Péan avait enlevé l'utérus de sa malade comme utérus cancéreux, et pour Jeanne P... on avait pu dire avant l'examen au spéculum qu'elle était atteinte d'un épithélioma déjà avancé ! Il importe donc de savoir distinguer la tuberculose végétante, et c'est en se basant sur le cas observé, ainsi que sur la lecture des faits semblables ou s'en rapprochant, qu'on a voulu indiquer des caractères différentiels qu'on peut ainsi schématiser :

a) Signes physiques. — *Volume.* — *Tub. v.* : petites dimensions.

Aspect. — *Tub. v.* : masse mûriforme, végétations plus petites dans le voisinage, et même légères ulcérations en coup d'ongle ; la muqueuse recouvre la tumeur ; *épith.* : n'est jamais, dans le col, uniquement interstitiel ; *tub. ulc.* : ulcération bordée d'un semis de granulations.

Coloration. — *Tub. v.* : rose-rouge ; plus foncée que le reste du col ; *épith.* : grisâtre, etc. ; *tub. ulc.* : fond jaunâtre et rosé.

Toucher. — *Tub. v.* : surface mamelonnée mais lisse, polie, consistance élastique sans induration, limites peu nettes ; *épith.* : surface dépolie, consistance très dure, limites peu nettes ; *tub.*

ulc. : dépression sans induration diffuse, bords quelquefois granuleux.

b) SIGNES FONCTIONNELS. — *Douleurs spontanées.* — *Tub. v.*: pas ou peu ; *épith.* : douleurs ; *tub. ulc.* : pas ou peu.

Douleurs au toucher. — *Tub. v.*: douleurs ; *épith.* : pas ; *tub. ulc.* : peut être très douloureuse.

Hémorrhagies. — *Tub. v.* : pas ; *épith.* : fréquentes et abondantes, etc. ; *tub. ulc.* : peuvent être continues, mais insignifiantes.

Pertes. — *Tub. v.*: glaireuses ; *épith.*: souvent fétides, etc. ; *tub. ulc.*: souvent purulentes.

c) MARCHE. — *Tub. v.* : extrêmement lente ; *épith.* : progressive, etc.; *tub. ulc.*: virulence moins atténuée que celle de la tub. v.; aussi production possible d'ulcérations profondes, fistules, etc.

Enfin l'*examen bactériologique* ne devra jamais être négligé dans les cas douteux ; mais on devra se rappeler que la tuberculose « végétante » est pauvre en bacilles, et que l'inoculation de l'animal avec des fragments biopsiés est le seul réactif certain.

REVUE GÉNÉRALE

DES MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES CONSTATÉES SUR LES OVAIRES PROVENANT DE FEMMES OSTÉOMALACIQUES

Par le Dr **R. Labusquière.**

I

Le fait que l'amputation utéro-ovarique pratiquée chez les ostéomalaciques était fréquemment suivie, sinon d'une guérison complète, du moins d'une amélioration très remarquable, souvent même très rapide, des cruelles douleurs du ramollissement osseux, tandis que la césarienne conservatrice n'agissait

d'une façon aussi heureuse que beaucoup plus rarement, fut le fondement de la méthode thérapeutique de Fehling, la castration bilatérale contre l'ostéomalacie. Et c'est tant sur les résultats, extraordinairement heureux on peut le dire, de cette méthode que sur certaines constatations anatomiques que le sagace chirurgien de Bâle étaya sa théorie pathogénique de cette maladie : « l'ostéomalacie serait la conséquence d'une hyperactivité pathologique des ovaires. Les ovaires seraient de ce fait le point de départ de réflexes actionnant les nerfs vaso-dilatateurs des vaisseaux du squelette, aboutissant à une hyperhémie passive et, consécutivement, à une résorption énergique des éléments du tissu osseux. La castration, en supprimant le foyer d'origine de ces réflexes, partant l'action sur les vaisseaux dilatateurs, aurait pour résultat la contraction des vaisseaux et la guérison » ; il dit encore : « *En dépit des objections formulées par Winckel, je persiste à voir dans l'ostéomalacie une trophoneurose du système osseux, sous la dépendance d'une maladie des ovaires, trophoneurose qui, en raison du rôle important de la moelle osseuse sur la composition du sang, amène d'ordinaire une altération générale de ce milieu* ».

*
* *

Dans des revues antérieures nous avons eu l'occasion d'exposer au sujet de cette conception pathogénique les objections qu'elle a soulevées et de signaler des observations qui militent ou semblent militer contre elle. Toutefois, le fait capital, celui de l'efficacité thérapeutique, puissante et commune, sinon constante, de la castration reste acquis. L'ablation des ovaires, isolée ou combinée avec l'extirpation de la matrice et même des trompes, représente assurément, à l'heure actuelle, le traitement le plus positif de cette lamentable affection, le ramollissement osseux. Mais, ainsi qu'ont eu à le constater les auteurs nombreux qui se sont occupés de la question, le « *naturam morborum ostendunt curationes* » ne s'est pas encore vérifié. Et cependant la curiosité des chercheurs a été vivement excitée et les recher-

[illegible]

[illegible] hypothèse [illegible]

[illegible]

[illegible] surveillance de [illegible] charge de [illegible]

[illegible]

(1) [illegible]
(2) [illegible]

Le travail actuel du professeur italien (1) contient une revue complète de tous les travaux un peu notables parus sur la question des altérations des ovaires daus l'ostéomalacie. C'est dire que tous ceux qu'elle intéresse plus particulièrement y trouveront les renseignements les plus amples. D'ailleurs, nous colligerons à la fin de cette revue les indications bibliographiques qu'il renferme pour faciliter ces recherches. Mais ce même travail n'est pas seulement une œuvre de vulgarisation, il contient en effet un ensemble de 10 observations nouvelles et renferme, de plus, d'intéressantes et originales vues sur la signification à donner aux modifications pathologiques plus ou moins profondes relevées sur les ovaires des opérées. — Résumons d'abord ces 10 observations.

Obs. I. — 34 ans, Vpare. Entrée à l'hôpital le 6 janvier 1892. Début de la maladie, au cours de la troisième grossesse. Pendant la quatrième, la marche, à un moment donné, ne fut possible qu'avec l'aide d'une béquille. Au cours de la cinquième, à partir du quatrième mois, séjour au lit forcé. Depuis un certain temps, menstruation fréquente, à type bimensuel; les règles s'étaient montrées durant l'allaitement; malgré une légère amélioration après les dernières suites de couches, l'état restait grave, station debout impossible, etc. Déformations pelviennes caractéristiques, diamètre bi-ischiatique 2 centim. 5 à 3 centim. Ovaire gauche augmenté de volume. *Castration* le 14 janvier. Amélioration notable assez rapide. *Exeat* 24 jours après l'opération.

Examen anatomiqne des annexes (conservées dans la liqueur de Müller). — Trompes, rien de notable. Ovaires: *a*) *droit* assez allongé (longueur 7 centim., hauteur 2, épaisseur 1); congestionné, surface passablement lisse et régulière; *b*) *gauche*, outre de petits kystes, en offre un vers son extrémité externe du volume d'une noix et distendu par du liquide séreux, aspect d'une hydropisie folliculaire au début.

Examen microscopique. — 1) Ovaire droit: albuginée légèrement épaissie; substance corticale de peu d'épaisseur et plutôt pauvre en follicules; développement au contraire assez notable de la substance médullaire dans laquelle, et plus particulièrement vers le hile, appa-

(1) Intorno ai processi di Angiodistrophia nelle ovaie osteomolaciche. Estratto dagli *Annali di Ost. e Ginec.*, 1898, n° 4.

raissent des vaisseaux volumineux plus nombreux qu'à l'état normal Parois vasculaires épaissies, hypertrophiées mais ayant bien conservé leur structure. Dans la tunique musculaire, partout, apparaissent nettement les noyaux des éléments musculaires ; l'adventice, composée de fibres connectives et de tissu élastique, a une texture à faisceaux plutôt lâches. La tunique interne est normale. La lumière de plusieurs vaisseaux est excentrique, dans les points où l'hypertrophie est plus marquée et inégale. Plusieurs artères ont un trajet serpigineux ou à spirale. Les réactifs colorants, l'éosine, le procédé de v. Gieson ne décèlent de dégénérescence hyaline ni dans les parois des vaisseaux ni dans les éléments constitutifs de la corticale ou de la médullaire.

2) Ovaire gauche. Mêmes altérations. Sur cet ovaire les follicules sont plus nombreux, ils manifestent une tendance à la dégénérescence kystique dont certains étaient déjà affectés. De même la médullaire est très vascularisée, présente des dilatations veineuses, tandis que ce qui frappe dans les artères c'est la richesse remarquable des éléments musculaires et élastiques de la tunique moyenne.

Obs. II. — 33 ans, entrée à l'hôpital le 2 mars 1892; Vpare; paraît avoir souffert de rachitisme dans l'enfance. Est restée, après son dernier accouchement, deux ans à l'hôpital « Maggiore » de Milan, à cause de ses douleurs ostéomalaciques. Actuellement, il est impossible à la femme de se soutenir sans aide, douleurs intenses. Abduction des cuisses très limitée. Déformations pelviennes caractéristiques. Le ramollissement a affecté le squelette du thorax. Le 20 mars, *ovaro-salpingectomie* bilatérale. Suites apyrétiques. Amélioration notable à la suite. Ultérieurement, des pertes sanguines étant survenues qui ramenèrent le cortège des souffrances antérieures, *hystérectomie vaginale.* Suites apyrétiques. *Exeat* 29 jours après.

Examen anatomique. — Malheureusement dans ce cas, l'utérus seul fut conservé, ses dimensions étaient: hauteur 10 centim. 5, largeur maxima 6 centim., épaisseur 3 centim. 8; poids 130 grammes. Pas de vestiges de dégénérescence hyaline de parois vasculaires.

Obs. III. — 38 ans; entrée le 5 mai 1892; XIpare. Début de la maladie avec la troisième grossesse ; amélioration après l'accouchement, mais de nouveau aggravation à l'occasion des dixième et onzième grossesses. Marche difficilement avec deux béquilles. A été soumise, sans bénéfice, à plusieurs cures médicales. Le 12 mai 1892, castration. Pas de vascularisation excessive, pas de varicosités au niveau des ligaments larges. Suites régulières. *Exeat* le 26 mai; amélioration notable.

Examen anatomique des annexes. — Ovaire gauche, plus gros, semé de microkystes, dont quelques-uns atteignent le volume d'une noisette. Longueur 5 centim. 5; hauteur 3 centim. 5; épaisseur 1 centim. 8. Ovaire droit, siège d'un corps jaune récent, a des dimensions plus rapprochées de la normale, longueur 3 centim., hauteur 1 centim. 9, épaisseur 1 centim. 2.

Examen microscopique. — Ovaire gauche. Limitation vague de l'albuginée et de la couche corticale; celle-ci est peu étendue en comparaison des dimensions de l'ovaire, follicules rares et en voie de dilatation kystique au début. Nombre considérable de corps fibreux (*Corpora fibrosa*) dont on peut compter jusqu'à 16 sur une seule section incomplète de l'ovaire. Plusieurs offrent une cavité remplie par un tissu connectif réticulé; d'autres au contraire, par suite de la pression exercée par le stroma en travail de prolifération sur l'enveloppe et du défaut de toute pression intra-folliculaire, se sont transformés en sorte de pelotons, de nœuds sans cavité centrale, avec des lésions de dégénérescence hyaline dans la bande limitante primitive, sclérosée. Les vaisseaux sont nombreux, surtout dans la région médullaire; leurs tuniques moyenne et adventice sont plutôt épaissies; la lumière est rétrécie mais la structure normale est parfaitement conservée, pas traces de processus dégénératifs.

Ovaire droit. Substance corticale serrée, follicules rares; vaisseaux nombreux dans la médullaire. Çà et là, des vaisseaux atteints, sous forme de petits foyers, de dégénérescence hyaline au début. Comme altération constante, un certain degré d'hypertrophie des parois vasculaires, surtout de la tunique moyenne, plus accentuée sur les artères de moyen et de petit calibre. Corps fibreux nombreux et lésions d'atrésie folliculaire à divers stades de développement.

Obs. IV. — 41 ans, IVpare. Ostéomalacie grave, bien que cinq années se soient écoulées depuis le dernier accouchement. Déformations osseuses typiques. Le 10 février 1893, *ovaro-hystérectomie supra-vaginale* et abandon du pédicule. Au cours de l'opération, constatation d'une vascularisation remarquable au niveau des ligaments larges. *Exeat* 27 jours après l'opération, *l'amélioration est notable.* Revue trois mois après, elle présente une santé satisfaisante; station et locomotion possibles sans béquilles.

Examen anatomique des organes enlevés (conservés dans la liqueur de Müller). — *Utérus*, largeur au niveau de l'insertion tubaire 4 centim. 6, diamètre antéro-postérieur 3 centim. 9, l'organe est mou, œdémateux,

congestionné. Trompes normales. Les vaisseaux du mésosalpinx et du mésovaire sont très développés et nombreux. Ovaire gauche, longueur 2 centim. 7, hauteur 2 centim. 4, épaisseur 1 centim. 9, présente des sillons profonds. A la coupe, la substance corticale se différencie mal de la médullaire ; vers le bord convexe un petit kyste hématique. Ovaire droit congestionné, tomenteux, présente également dans le voisinage de son pôle externe un kyste hématique de la grosseur d'une noisette. Dimensions, 3,9 ; 2,7 ; 1,8.

Examen microscopique. — Substance corticale réduite à une couche mince ; par contre, la substance médullaire est comparativement très étendue. Albuginée affectée de sclérose diffuse. La substance ovigène, comme dans le cas de congestion permanente de l'ovaire et de varicocèle pelvien, présente une dissociation marquée des faisceaux connectifs. Çà et là, par suite de l'œdème, formation de zones alvéolaires à mailles plus ou moins larges ; follicules très rares, et dans ceux qui persistent altérations dégénératives de l'ovule et des cellules granuleuses. L'état d'infiltration œdémateuse du stroma est manifeste aussi au niveau de la substance médullaire, où des lacunes allongées, stellaires, ovalaires représentent les vestiges de lymphatiques dilatés, entourés par du tissu connectif en voie de sclérose commençante. Dans le stroma, plusieurs foyers d'hémorrhagie interstitielle. Les altérations sont plus accentuées sur l'ovaire droit. Les vaisseaux, surtout dans la zone médullaire, sont un peu plus dilatés et un peu plus nombreux qu'à l'état normal. Les tuniques moyenne et adventice des artères sont remarquablement épaissies. Les deux tuniques — surtout la moyenne — sont dans quelques vaisseaux transformées en une masse homogène, se colorant d'une manière diffuse avec l'éosine ; quelques petites artères sont obstruées ou leur lumière est rétrécie ou excentrique. Le tissu connectif périvasculaire est dissocié par l'œdème. D'autre part, si les follicules primordiaux sont rares, il y a abondance de corps blanchâtres (*Corpora albicantia*), dérivés par dégénérescence des follicules, et de corps fibreux (*Corpora fibrosa*), ces derniers se montrant plus nombreux vers les limites de la corticale et de la médullaire. Sur certains points, nombre de petits vaisseaux frappés de dégénérescence et séparés seulement par de minces travées connectives, constituent des agglomérats riches en substance homogène, hyaline, altérations qui peuvent être le point de départ d'un certain nombre de corps fibreux. Tous les vaisseaux atteints de dégénérescence hyaline, traités par le réactif de Gieson, ont pris une coloration rouge brillant intense.

Obs. V. — 31 ans, IVpare. Entrée à l'hôpital le 27 décembre 1894. Début de l'ostéomalacie vers la fin du premier allaitement. Aggravation notable au cours des grossesses ultérieures. Soignée un certain temps à l'hôpital civil de Parme. Douleurs caractéristiques de l'ostéomalacie, mais pas de déformations pelviennes graves.

Réaction des nitrites négative, avec l'urine fraîchement émise ; cette même réaction, quand on traitait des urines émises depuis plusieurs jours, était plus nette et plus grande si les urines avaient été émises spontanément que lorsqu'elles avaient été recueillies avec le cathéter.

Le 5 janvier, essai de narcose chloroformique prolongée sans aucun avantage sur l'état de la malade, sans aucune modification des urines vis-à-vis de la réaction de Griess.

Le 9 janvier, *ovaro-salpingo-hystérectomie vaginale*. Suites apyrétiques. *Exeat* le 6 février, amélioration notable, mais la femme ne peut encore marcher sans s'aider d'un bâton ; revue le 11 novembre 1895, amélioration plus marquée.

Examen anatomique des organes enlevés (conservés dans l'alcool). — Utérus : longueur 9 centim., épaisseur 4 centim. 9, largeur 5 centim. Ovaires, leur surface est inégale par la présence de petits kystes.

Examen microscopique. — L'albuginée et la substance corticale ont une texture à peine un peu plus compacte qu'à l'état normal. Le tissu connectif de la corticale est compact, riche en nucléoles. Indépendamment des follicules à divers stades de développement, il en est d'autres en voie d'atrésie ou déjà transformés en corps fibreux. C'est seulement autour de ces derniers que les vaisseaux sanguins, peu nombreux d'ailleurs, présentent des altérations : pauvreté de noyaux, tendance à prendre l'aspect homogène, vitreux de la dégénérescence hyaline. La substance médullaire n'offre pas traces de processus angio-dystrophique.

Obs. VI. — 39 ans, enceinte, XIIpare. Entrée le 6 novembre 1895. Les douleurs ostéomalaciques datent d'environ sept ans, elles s'accentuèrent au cours de l'avant-dernière grossesse et à l'occasion de celle-ci. Déformations pelviennes caractéristiques. Diamètre bi-ischiatique, 4 centim. Dans la seconde décade du neuvième mois, le travail n'ayant pas encore commencé, opération de Porro (29 décembre 1895). Vascularisation remarquable des ligaments larges. Enfant vivant, bien portant. Suites apyrétiques, régulières. Amendement rapide des douleurs ostéomalaciques. Revue, la femme est en bonne santé, elle peut vaquer sans souffrir à des occupations pénibles.

Examen histologique de fragments ovariques conservés dans la liqueur de Müller. — Dégénérescence hyaline assez avancée des parois vasculaires dans les régions corticale et médullaire. Dans la corticale, sur divers points du stroma, apparaissent des foyers de tissu connectif pâle, d'aspect vitreux, un peu brillant, homogène qui, par les réactifs colorants, apparaissent comme des blocs peu étendus de tissu connectif hyalin. Follicules nombreux en voie de régression. Le nombre et la dilatation des vaisseaux sont sensiblement augmentés, surtout dans la région médullaire. Les vaisseaux du hile ont des parois épaisses mais ne sont pas atteints de processus dystrophiques.

Obs. VII. — 29 ans, enceinte, IIIpare : entrée le 23 janvier 1896, au septième mois de grossesse. Douleurs ostéomalaciques, diminution de la taille, phénomènes qui s'étaient manifestés au cours de la deuxième grossesse. Pendant l'allaitement et la grossesse actuelle, aggravation de l'état, *rétrécissement pelvien absolu*. La femme est de plus albuminurique et sujette de temps en temps à des accès urémiques. On la soumit à un traitement médical avec l'espoir de remonter ses forces, mais elle fut emportée par une attaque d'urémie. A l'autopsie, on constata : myocardite interstitielle diffuse, néphrite bilatérale atrophique.

Examen anatomique des annexes. — Vascularisation remarquable et état variqueux au niveau des ligaments larges ; tissu connectif infiltré, œdémateux. Ovaires volumineux, tomenteux, mous. Sur la coupe, démarcation vague des substances corticale et médullaire. Ovaire gauche : 5 centim. 9 : 3,8 : 1,9. Ovaire droit : 4,6 : 3,3 : 1,6.

Examen microscopique. — Comme dans le cas IV, état accentué d'œdème du stroma ovarique, avec dissociation de ses éléments constitutifs et vacuolisation du tissu connectif dans les régions médullaire et du hile. Les vaisseaux sont ectasiés et remplis de sang. Les artères ont des parois notablement épaissies, avec richesse d'éléments musculaires et élastiques dans la tunique moyenne, mais sans apparence de dégénérescence. Sur quelques coupes de l'ovaire gauche, aux limites de la corticale et de la médullaire, s'observe une série de petits vaisseaux, assez rapprochés les uns des autres, et comme disposés en couronne. A gauche, le corps jaune de la grossesse ; nombre des follicules à peu près normal, pas traces d'atrésie folliculaire.

Obs. VIII. — 30 ans, IXpare (un accouchement gémellaire). Entrée le 18 mai 1896. Début de l'ostéomalacie pendant l'avant-dernière grossesse, aggravation avec la dernière. Station debout, marche

impossibles. État tout à fait grave. Déformations ostéomalaciques typiques et profondes. Albuminurie légère.

Le 21 juin 1896. *Cœlio-ovaro-salpingo-hystérectomie supra-vaginale*, pédicule perdu. Vascularisation notable des ligaments larges. *Mort* avec des accidents d'asystolie et d'iléus 4 jours après l'opération.

Examen anatomique des organes enlevés (conservés dans l'acool). — D'abord, au cours de l'opération, on constate une vascularisation intense de l'utérus et des annexes. Utérus mou, du volume d'un utérus gravide à 2 mois. Ovaires un peu allongés; à gauche, un follicule récemment rompu avec un caillot sanguin. A droite et à gauche, quelques petits kystes à contenu limpide. Ovaire droit : 3 centim. 9; 1,9; 1,5; ovaire gauche, 4,1; 1,8; 1,7. Trompe droite un peu épaissie par inflammation parenchymateuse.

Examen microscopique. — Dans les deux ovaires, amincissement très marqué de la substance corticale. La substance médullaire envoie en de nombreux points des prolongements d'un tissu connectif lâche, assez vasculaire, bien distinct du stroma plus dense et à fibres connectives plus courtes de la corticale, prolongements qui fragmentent la corticale en zones plus ou moins étendues. Rareté extrême des follicules, sauf ceux qui sont affectés d'atrésie, ceux-ci variables d'aspect. Les formes qui dominent sont celles d'une simple capsule, sclérosée, pliée, festonnée, et celles où cette capsule limite incomplètement une cavité pleine de tissu connectif jeune, finement réticulé, à larges mailles, disposition qui rappelle celle d'un tissu embryonnaire ; il existe parfois vers le centre un espace libre. La capsule sclérosée, onduleuse, festonnée, est rarement continue ; çà et là, elle est traversée par le stroma ovarique. Son processus scléreux est progressif, en sorte que, dans les phases initiales, la lame festonnée accepte les substances colorantes, prenant une coloration rose clair avec l'éosine et rouge intense avec la réaction de Gieson, tandis que dans les stades avancés, elle reste presque réfractaire aux réactifs. Dans certains cas, la paroi est double, concentrique (follicule frappé d'atrésie à une époque voisine de sa maturité), auquel cas la zone plus externe est la plus sclérosée ; dans d'autres, la paroi est unique.

Au centre de la substance médullaire et aussi dans les prolongements qu'elle envoie dans la corticale, existent des groupes isolés de petites artères en voie de dégénérescence hyaline avancée, quelques-unes étant déjà oblitérées. Au milieu de ces vaisseaux, s'observent aussi des foyers de tissu connectif homogène, également par dégéné-

sence hyaline. Le processus, qui a affecté les tuniques moyenne
adventice, a atteint surtout les petites artères. Les vaisseaux volu-
ineux du hile en sont tout à fait exempts.

Également, dans l'utérus, et plus particulièrement au voisinage de
a muqueuse, des petits vaisseaux ont subi la dégénérescence hyaline.

Obs. IX. — 41 ans. IVpare. Entrée le 15 octobre 1896. Début de
l'ostéomalacie pendant la quatrième grossesse. Depuis 5 ans, la
malade tient difficilement debout, ne marche qu'en s'aidant d'un bâton.
Déformations pelviennes caractéristiques. Le 1er novembre, *ovaro-sal-
pingo-hystérectomie vaginale*. Suites opératoires compliquées par la pro-
duction tardive d'une petite fistule vésico-vaginale, qui fut guérie par
avivement et suture.

Amélioration progressive mais lente des accidents ostéomalaciques.

Examen anatomique les organes enlevés conservés dans le liquide de
Müller. — Utérus augmenté de volume, plutôt mou, longueur 10 centim.,
largeur 5 centim. 4, épaisseur 5 centim. 4. Les 2 ovaires ont des sil-
lons profonds et la surface de l'ovaire offre comme des circonvolutions ;
vers le pôle externe de l'ovaire gauche, existent 2 petits kystes héma-
tiques : ovaire droit : 3 centim. 5 ; 2 ; 1 centim. 2 ; ovaire gauche :
3 centim. 9 ; 1, 5, 1.

Examen microscopique. — Corticale réduite, médullaire relativement
étendue, pauvreté extrême de follicules normaux en comparaison de
ceux frappés d'atrésie ; augmentation numérique des vaisseaux, ectasie
des veines, épaississement notable, avec des phénomènes de dégéné-
rescence hyaline surtout au niveau de la tunique moyenne des artères
de moyen et de petit calibre. La tunique interne elle-même, bien qu'à
un degré moindre, est sur quelques vaisseaux affectée aussi de dégé-
nérescence hyaline zones d'épaississement et, sur quelques points, dis-
parition des noyaux endothéliaux. — Plusieurs vaisseaux sont obli-
térés ; sur quelques coupes, plusieurs vaisseaux des plus dégénérés, se
sont réunis en blocs de substance hyaline, etc. Ces blocs, conglo-
mérats de vaisseaux dégénérés, président évidemment à la formation
de corps fibreux analogues à ceux qui dérivent des follicules, des corps
jaunes.

Également, dans ces cas, il y avait dans l'utérus des lésions de
dégénérescence hyaline au niveau des parois vasculaires, particulière-
ment les petites artères.

Obs. X. — 43 ans. IIIpare. Entrée le 25 mai 1897. 3 grossesses. Les
dernières suites de couches fébriles. Depuis quelques mois, douleurs au

niveau de la ceinture osseuse et dans la région du squelette. Déformations pelviennes suffisamment caractéristiques. Le 23 mai, *hystérectomie vaginale avec ablation des annexes. Exeat* le 24 juillet, amélioration passable des conditions générales. Les douleurs ostéomalaciques dans ce cas tardèrent un peu à disparaître ; mais, actuellement, la femme paraît d'une bonne santé, et marche suffisamment bien sans souffrir.

Examen des organes enlevés (conservés dans la formaline). — Utérus un peu augmenté de volume (longueur 8 centim. 5 ; largeur 5 centim. 1; épaisseur 3 centim. 5). *Ovaires :* Consistance un peu plus ferme qu'à l'état normal, traversés çà et là de sillons profonds ; *ovaire droit*, 3 centim. 1 ; 1 centim. 7 ; 1 centim. 2 ; *ovaire gauche*, 3 centim. 8 ; 2 centim. 1 ; 2 centim. 9.

Examen microscopique. — Dans la zone corticale, foyers nombreux de dégénérescence hyaline vasculaire, disposés en général autour de corps fibreux ou de follicules atrésiés. Le stroma est un peu épaissi et, sur beaucoup de coupes, n'offre pas de vestiges de follicules en voie de développement et aussi peu de f. primordiaux. Les vaisseaux dans la région médullaire sont augmentés en nombre, plusieurs ont un trajet serpigneux ; ici, comme dans la région corticale, la dégénérescence hyaline se montre en foyers. Pas traces de ce genre de dégénérescence sur l'utérus.

Résumé des altérations histologiques. — La *substance corticale* presque toujours réduite dans son épaisseur, en certains cas jusqu'à une bande mince, est transformée en un tissu connectif fibreux, parfois plutôt lâche, plus souvent un peu serré, et pauvre en follicules tant primordiaux qu'en voie de développement ou près de la maturité. Par contre, il y a, même chez des femmes peu âgées, grand nombre tant de cicatrices, à phase plus ou moins avancée, de corps jaunes sous forme particulièrement de corps blanchâtres (*corpora albicantia*) que de variétés anatomiques de l'atrésie folliculaire.

La *substance médullaire*, par suite de l'atrophie de la couche ovigène, est très étendue et pousse comme des prolongements dans cette dernière, qui sur certains points arrivent à courte distance de l'albuginée. Le stroma est fréquemment assez lâche, ses éléments constitutifs sont parfois dissociés par l'œdème, il y a formation de lacunes plus ou moins larges par vacuolisation du tissu.

Les vaisseaux, les artères principalement, offrent quasi partout, un épaississement plus ou moins marqué de leurs parois, tant dans l'épaisseur de la corticale que de la médullaire : les veines sont notablement dilatées. Le nombre des vaisseaux est remarquable, surtout dans la zone médullaire. Ils présentent des lésions de dégénérescence hyaline plus ou moins avancée, soit en foyers, soit sous formes diffuses, dégénérescence qui, aux artères, débute habituellement dans la tunique moyenne. Ce processus n'épargne ni l'adventice ni parfois le tissu connectif périphérique. Il est surtout accusé dans les vaisseaux qui entourent les formes avancées d'atrésie folliculaire (*Corpora fibrosa et albicantia*). Au niveau de ces foyers atrophiques les vaisseaux à lumière déjà oblitérée. La dégénérescence hyaline manque constamment dans les gros vaisseaux du hile, vaisseaux qui sur presque tous les ovaires, étaient ectasiés. Cette dégénérescence, par contre, fut rencontrée aussi dans les artérioles et les petites veines de l'utérus, particulièrement dans le tissu sous-muqueux et la portion voisine de la musculeuse.

∴

Les modifications anatomo-pathologiques ainsi résumées, Truzzi reprend les deux essentielles, celles : 1° des vaisseaux, 2° des *follicules*.

1° ALTÉRATIONS VASCULAIRES. — L'auteur rapproche de ces lésions celles analogues qui ont été signalées dans d'autres états pathologiques des ovaires ou des organes voisins, processus phlegmasiques de l'ovaire (Bulius et Kretschmar) ; lésions des ovaires dans les cas de fibro-myômes de l'utérus (Amann, Popow, Pompe v. Meerdervoort, Bulius) ; kystes dermoïdes du petit bassin (Petit) et, à son avis, il existe chez les ostéomalaciques des conditions spéciales qui, aussi bien que les myômes utérins, expliquent les lésions vasculaires observées dans les ovaires de ces malades, savoir : a) les grossesses répétées, b) l'âge *mûr* des malades, c) les troubles de la circulation *intra-pelvienne*, conséquences des déformations squelettiques propres à l'ostéomalacie.

a) *Grossesses répétées.* — L'influence de ce premier facteur est non douteuse. C'est un fait bien connu que, pendant la gestation, l'ovaire est plus volumineux, plus congestionné, plus turgide ; « il existe quelquefois un état pathologique de l'ovaire semblable à celui constaté dans les cas de fibromyômes utérins (Cuzzi) » ; de même la grossesse favorise les phlébectasies veineuses (Pajot, Doléris, Petit, etc.). Il faudrait aussi tenir compte de l'altération que la grossesse amène dans la nutritition générale, de l'effet toxique d'*excreta* d'une nutrition altérée sur les parois vasculaires (Kaufmann), adultération plus profonde chez les ostéomalaciques pour ces deux raisons, déchéance, vitale et fertilité anormale, etc.

b) *Age.* — L'influence de l'âge est d'autant plus admissible, qu'on tient pour normales certaines altérations angio-dystrophiques constatées à un certain âge ; or, l'ostéomalacie est précisément une maladie qui, le plus souvent, frappe la femme en plein âge adulte.

Donc, grossesses répétées et âge jouent un rôle important dans l'installation de ces altérations vasculaires chez les ostéomalaciques, et, fait observer l'auteur, *c'est peut-être dans les différences que peuvent présenter ces deux facteurs chez les malades que réside l'explication des divergences dans les constatations anatomo-pathologiques consignées par divers auteurs.* A l'appui de cette appréciation, il présente un certain nombre de faits d'après lesquels les lésions s'étaient montrées en raison directe de l'âge et du degré de multiparité (Truzzi, Hofmeier, Solowj, Preindlsperger, Heyse, Rossier, etc.). Dans le cas bien connu d'Hofmeier, où l'ovaire était plutôt atrophié, sénile, il s'agissait à la vérité d'une femme de 30 ans, *nullipare.*

Nous pouvons ajouter que dans le cas de Tillaux, que nous avons rapporté précédemment, et dans lequel M. Pilliet constata les signes d'une sénilité précoce, il s'agissait d'une femme de 30 ans, *primipare* (1).

(1) *Annales de gynéc. et d'obst.*, mars 1897, p. 230, *note.*

c) *Troubles circulatoires intra-pelviens, effets des déformations ostéomalaciques.* — Les déformations ostéomalaciques, de la colonne vertébrale et du bassin sont, aux yeux de l'auteur, la cause la plus importante des troubles et des altérations vasculaires observés au niveau des ligaments larges et des ovaires. Déformation profonde, raccourcissement de la colonne vertébrale, agissant sur l'aorte abdominale, la veine cave inférieure, déformations du bassin troublant également la circulation intra-pelvienne, produisant des déviations de l'utérus, du rectum, le plissement des ligaments larges, agissant ainsi sur la circulation artérielle et veineuse, ralentissant la circulation afférente et efférente, conditions auxquelles la rétro-déviation de l'utérus vient en certains cas ajouter son influence pathogénique (Winckel-Kleinwächter, etc.

Les altérations des parois vasculaires, dit Truzzi, soit dans l'ovaire, soit dans l'utérus, et probablement dans toutes les parties molles du bassin, peuvent également s'expliquer comme effets du ralentissement de la circulation. Dans une première période évoluerait par hyperactivité contractile des parois vasculaires un processus d'hypertrophie et d'hyperplasie de la tunique moyenne, d'ailleurs assez développée habituellement dans les vaisseaux ovariques; dans une deuxième période, surviendraient dans cette tunique moyenne des phénomènes dégénératifs, qui ne tarderaient pas à se propager à la tunique adventice et aussi au tissu connectif périvasculaire quand la lumière du vaisseau commence à se rétrécir et que la nutrition du tissu se trouve compromise par défaut de la circulation locale. Le dernier tissu à s'altérer serait le revêtement endothélial de la tunique interne, parce que ses éléments constitutifs, délicats, peuvent trouver plus longtemps les éléments de leur nutrition dans le peu de sang qui circule encore dans la lumière rétrécie du vaisseau. Toutefois tout en établissant comment de circonstances simples peuvent dériver des altérations circulatoires, notables dans l'ovaire, il ne faut pas oublier que cet organe manifeste une tendance spéciale à la transformation angiomateuse ou caverneuse. Et si celle-ci s'opère avec une certaine fréquence —

combinée à des processus de dégénérescence hyaline — sur des ovaires séniles, il lui arrive quelquefois de s'installer avant la ménopause, ainsi qu'en témoigne le cas de Gottschalk et Braithwaite.

2° ALTÉRATIONS DES FOLLICULES. — Ici deux faits anatomiques en contraste : 1) la *rareté grande des follicules* primordiaux, en voie de développement ou à l'état de maturité ; 2) le *nombre élevé de follicules atrésiés*, se présentant sous leurs modalités les plus diverses à leurs différents stades de développement. D'autre part, il existerait une certaine relation entre les altérations des vaisseaux et celles des follicules, savoir : quand la dégénérescence folliculaire se circonscrivait dans quelques foyers, presque toujours les vaisseaux dégénérés étaient disposés autour d'un ou de plusieurs follicules à un stade avancé d'atrésie. Mais, à la réflexion, on ne saurait accorder à ces lésions un caractère de spécificité, c'est-à-dire les tenir pour des attributs particuliers de l'ostéomalacie. En réalité, elles sont sous la dépendance de causes communes non constantes : a) *âge avancé des malades*, b) *degré élevé de multiparité*, c) *préexistence de stase sanguine dans l'ovaire et de processus angio-dystrophiques*, d) *vie sédentaire, parfois immobilité forcée au lit.*

a) *Age.* — L'influence de ce facteur ne saurait être contestée. Le processus continu de régression et de destruction des follicules est un processus physiologique, normal, en rapport avec cet autre en vertu duquel les ovaires de tous les animaux produisent constamment un nombre d'ovules supérieur à ceux qui viennent à maturité. Or, dans le jeune âge, ce sont les phénomènes de formation d'œufs nouveaux qui dominent, tandis que dans l'âge avancé ce sont les phénomènes d'involution, de métamorphoses régressives qui l'emportent. Quoi d'étonnant alors si les follicules normaux sont rares et les formes régressives nombreuses chez des malades en général d'un âge plutôt avancé.

b) *Grossesses répétées.* — L'influence de ce facteur s'explique encore si, suivant l'opinion de Gastel, les atrésies folliculaires sont favorisées par un processus hypertrophique qui,

selon cet auteur, évoluerait dans tout le tissu conjonctif de l'ovaire durant les premiers temps de la grossesse et si, conformément aux observations de Stratz, le début de la grossesse coïncide avec une dégénérescence étendue, particulièrement de nature hyaline, des follicules.

c) *Préexistence de stase sanguine dans l'ovaire et de processus angio-dystrophiques.* — Les processus angio-dystrophiques dont les ovaires des ostéomalaciques sont le siège doivent compromettre la nutrition de zones plus ou moins étendues de tissu et déterminer par contre-coup des lésions trophiques des follicules. Bulius, Kretschmar et Heyse émettent l'opinion qu'en beaucoup de cas les métamorphoses régressives des follicules, au lieu d'être des aboutissants de lésions primitives de ces organes, sont la conséquence de lésions vasculaires primitives. « Si un ovaire dégénère, écrit Heyse, nulle raison de nous étonner si les follicules sont également frappés par le processus dégénératif et s'ils disparaissent...; une diminution des follicules devra être considérée comme un processus secondaire. »

D'autre part, antérieurement aux processus dégénératifs, l'hyperhémie passive chronique des ovaires chez les ostéomalaciques peut suffire à produire un développement rapide, actif d'un grand nombre de follicules aboutissant à la sclérose pour un grand nombre, et produisant ces modifications anatomiques de l'ovaire dénommées oophorite aseptique (Slawiansky), etc. Il s'agit, en réalité, dans ces cas, plutôt de processus d'hypernutrition par stase, avec néoformation progressive de tissu connectif simulant un processus phlegmasique et aboutissant à l'atrophie des éléments nobles plus délicats du parenchyme et à la sclérose (travaux de Petit, Roussan).

Enfin, à ces différentes causes des altérations et des dégénérescences ovariques, il faut ajouter celle très active :

d) De la *déchéance profonde de la nutrition générale chez les ostéomalaciques*, de l'état de *misère physiologique* dans lequel tombent ces malades, influence morbide qui atteint son *maximum* quand les progrès de la maladie les condamnent au repos absolu.

Mais comment comprendre la fécondité remarquable des ostéomalaciques, étant données les altérations dégénératives profondes et nombreuses dont les ovaires de ces malades sont le siége? Le prof. Truzzi pense que la contradiction est plutôt apparente, et il se sert pour l'expliquer d'un travail fort intéressant de Henneguy dont il résume la partie essentielle. Ce qu'il en veut tirer surtout c'est la notion que beaucoup d'ovules avant d'entrer dans la phase régressive, sont le siège de phénomènes indices d'une maturité prématurée (phénomènes de karyodiérèse et de fragmentation, il est vrai irrégulière par défaut de noyau divecteur, sorte de parthénogenèse), et en déduire qu'un certain nombre de ces ovules, du fait de cette maturité précoce, loin d'être voués fatalement à la destruction, sont plutôt aptes à être fécondés, d'où la fécondité des ostéomalaciques, etc.

Conclusions de Truzzi. — 1° La dégénérescence hyaline des vaisseaux ovariques, surtout artériels, est une lésion fréquente mais non constante, et quand elle existe elle ne représente pas un fait caractéristique, mais bien une lésion sous la dépendance des causes suivantes : a) *âge avancé des malades*, b) *influence des grossesses antérieures*, c) *stase circulatoire*, effets de la diminution de hauteur de la colonne vertébrale, du rétrécissement transversal du bassin et du plissement consécutif du ligament large. La stase sanguine augmente : 1) *pendant la grossesse*, par suite de l'exagération de l'obliquité antérieure de l'utérus et de la torsion consécutive du ligament large ; 2) *en dehors de la grossesse*, par suite de la coexistence fréquente de la rétro-déviation de l'utérus avec l'ostéomalacie (relâchement des ligaments utéro-sacrés du fait des déformations et de la dislocation du sacrum).

2° Les conséquences de la stase sanguine, principalement veineuse, seraient soit l'état de varicosité énorme des ligaments larges observé chez les ostéomalaciques, soit cette friabilité (*macies*) de l'utérus, des annexes, et en général des parties molles intra-pelviennes, constatée dans plusieurs cas d'ostéomalacie grave. En outre, il faudrait attribuer à cette stase san-

guine et aux processus dystrophiques consécutifs la tendance des ostéomalaciques aux menstruations profuses.

L'état de profonde dénutrition des ostéomalaciques favorise le passage de l'hypertrophie initiale compensatrice des artères effet de la stase locale, aux processus dégénératifs de leurs parois. La tunique moyenne est la première atteinte, l'utérine la dernière.

3° Les ovaires des ostéomalaciques sont parfois infiltrés, œdémateux par suite d'un état de varicocèle pelvien. Mais l'hypertrophie par stase qui s'accompagne d'un certain degré d'hypertrophie folliculaire est, tôt ou tard, suivie de processus de sclérose accentués surtout dans la substance corticale, dans laquelle, à cette période, on trouve d'ordinaire des types nombreux et divers de sclérose folliculaire et de rares follicules normaux. Ces deux faits, grand nombre des follicules altérés et pauvreté des follicules normaux, peuvent être interprétés comme les résultats d'une pseudo-oophorite analogue à la pseudo-métrite, due à des lésions trophiques consécutives elles-mêmes à des altérations locales ou générales de la circulation sanguine. Cette dystrophie de la substance corticale est favorisée par les facteurs suivants : a) *âge avancé des malades*, b) *degré élevé de multiparité*, c) *préexistence dans l'ovaire de processus angio-dystrophiques*, d) *déchéance profonde de la nutrition générale de ces malades et de leur inaction forcée et prolongée.*

4° La grande fertilité des ostéomalaciques n'est pas en contradiction avec un état dystrophique de la zone ovigène, que précèdent ou accompagnent des phénomènes de maturité précoce des follicules. Il reste, à un stade avancé de la maladie, des témoignages de cette hyperactivité temporaire, dans la rareté des follicules et la présence exagérée de follicules atrésiés, de corps blanchâtres et fibreux (*corpora albicantia et fibrosa*).

5° Mais l'énorme fréquence des corps fibreux dans les coupes de l'ovaire des ostéomalaciques n'est pas seulement l'expression d'un processus exagéré de dégénérescence folliculaire, car, beaucoup de ces corps fibreux tirent leur origine (fait admis

du reste par Heyse, Hollzel, Bulius et Kretschmar) d'agglomérats de vaisseaux affectés de dégénérescence hyaline avancée, auxquels se fusionnent les travées connectives interposées.

6° Enfin, *les recherches faites sur l'état anatomique des ovaires provenant d'ostéomalaciques n'ont pas mis en évidence des lésions de nature à résoudre le difficile problème de la pathogénie de l'ostéomalacie et à expliquer les effets heureux de la castration.*

II

Une application des rayons de Rœntgen au diagnostic de l'ostéomalacie.

Goebel (d'Auerbach) chez une femme de 50 ans, ostéomalacique, qui avait été affectée de plusieurs fractures, constata en soumettant l'humérus à la radiographie, que l'épreuve ne donnait aucune ombre osseuse. Il en conclut que cet os avait perdu ses sels calcaires et n'était plus formé que de substance diaphane. Les os de l'avant-bras donnèrent, il est vrai, des contours nets mais des ombres très légères en comparaison de celles fournies par des os sains. De plus, la partie axiale de l'os était parfaitement claire.

Si ces constatations se confirment chez d'autres ostéomalaciques, il y aura là des éléments auxiliaires sérieux pour le diagnostic différentiel de l'ostéomalacie (1).

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES PAR LE PROFESSEUR TRUZZI

Amann. *Kurzgefasstes Lehrbuch d. Migroscop. kynäkolog. Diagnostik.* Wiesbaden, 1897. — Braithwaite. On atrophy with collapse (cirrhosis), fibroid degeneration and angioma of the ovaries. *Trans. of the obst. Soc. of London*, vol. XXXVI, p. 325. — Bulius. Der Eierstock bei Fibromyoma uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIII, p. 358 et seq. — Bulius et Kretschmar. *Angiodystrophia ovarii.* Stuttgart, 1987. — Busche-Haddenhausen. *Arch. f. Gyn.*, Bd 49, p. 100. — Casati. *Sulla osteomalacia.* Milano, 1871. — Chiarleoni. *Osteomalacia puerperale e castratione.*

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 40, p. 123.

Catania, 1891. — CONSENTINO. *Archivio di ost. e ginec*, août 1897. — CURATULO et TARULLI. *La secretione interna delle ovaie*. Rome, 1896. — CUZZI. *Trattato di ostetricia et ginecologia*, vol. I, p. 336. — EDMONDONO BUYS. Sulla sensibilita delle ovaie. Ricerche sperimentali. *Bolletino scienze mediche di Bologna*, année LXII, série VII, vol. II, p. 664. — ERSILIO FERRONI. Contributo alla struttura delle ovaie osteomalaciche. *Ann. di ost. e ginec.*, 1897, p. 673. — GASTEL. *Contribution à l'étude des follicules de de Graaf et des corps jaunes*, Paris, 1891. — GELPKE. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd V. — GOTTSCHALK. Ein Fall von cavernöse Metamorphose der Ovarien. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXII. — HARAJEWITZ. *Munch. med. Wochensch.*, 1893, p. 128. — HENNEGUY. Recherches sur l'atrésie des follicules de de Graaf chez les mammifères et quelques autres vertébrés. *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, Paris, 1894, vol. XXX. — HEYSE. Ein Beitrag zur mikros. Anat. der Ovarien osteom. *Arch. f. Gyn.*, Bd LIII, Hft 2, 1897. — HOFMEIER. Zur Frage d. Behandlung d. Osteomalacie durch Kastration. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 12, p. 225. — KAUFMANN. Ueber Phlebectasien des Uterus u. seiner Adnex. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVII, Hft 2. — KLEINWACHTER. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXX (discussion). — LOHLEIN. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XX, p. 18, 1894. — MARGARUCCI. Staso anatomico dell' ovaio dopo due anni dall' isterectomia. *Accademia medica di Roma*, séance. du 24 mars 1895. — MARTINOTTI. Sulla colorazione doppia coll' ematossilina e coll eosina. *Gazetta della cliniche*, vol. XIX, n° 51. — MENGAZZINI *Corpi lutei veri e falsi dei rettili*, 1893. — MESLAY. *Contribution à l'étude anatomo-clinique de l'ostéomalacie*, Paris, 1896. — MURET. De l'organothérapie par l'ovaire. *Rev. médic. de la Suisse romande*, juillet 1896, p. 317. — NEUMANN. Weitere Beitrage zur Lehre von der Osteomalacie. *Arch. f. Gyn.*, Bd L, p. 138. – ORTHMANN. Beitrag z. Bedeutung d. Castration bei Osteomalacie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXX. — PETIT. Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1891, p. 491. POMPE V. MEERDERVOORT. Das Ovarium bei Fibromyom des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 40, p. 123. — POPOW. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 49. — PREINDLSBERGER. Geb. Gyn. Gesellschaft im Wien. *Cent. f. Gyn.*, 1894, p. 429. – REVILLIOD. *Rev. de la Suisse romande*, 1895, n° 8. — ROSSIER. Anat. Untersch. d. Ovarien in Fallen Osteomal. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLVIII. ROUSSAN. *Varicocèle pelvien.* Paris, 1892. — RUNGE. *Arch. f. Gyn.*, Bd XLI, p. 116. — SASSE. *Ueber Einfluss d. Castration auf d. Wesen d. Osteomalacie.* Wurzburg, 1891. — SAULAY. Contribution à l'étude de l'ostéomalacie, 1890. — SEELIGMANN. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1893, n° 44. — SENATOR. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1897, n° 6. — SIMPSON. *Edinb. med. J.*, n° 491 et 492. — SLAWIANSKY. Sur les inflammations des ovaires, oophorites. *Annales de gyn. et d'obst.*, mai 1890, p. 337. — SOLOWIJ. *Cent. f. Gyn.*, 1892. — STERN. *Munch. med. Wochensch.*, 1893, p. 128. — STRAHL. Die Ruckbildung reifer Eierstokeier am Ovarium Lacerta agilis. *Ver-*

handl. d. Anat. Gesellsch. a. d. sechsten Verhandl. in Wien, juin 1892, p. 190. — STRATZ. *Vergleichend anatomische Untersuchungen am Saügethierovarium*. Soc. obst. et gyn. de Berlin. Séance du 26 novembre 1897. — TAUFER. *Cent f. Gyn.*, 1896, n° 12, p. 338. — THORN. Z. Kasuistik d. Kastration bei Osteomalakie. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 41, p. 828; *ibid.*, 1896, n° 41, p. 1043. — TULLIO FERRARI. Ricerche histologiche sopra l'utero delle vecchie. *Rivista di ost. ginec. e pediat.* Torino, 1897, n° 5, p. 164. — VELITZ. Ueber die Heilung d. Osteomalacie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXIII; *Ibid.* Veitere Beiträge f. chirurgische Behandlung d. Knochenerweichung. *Ungar Arch. f. Medizin*, 1893. — WEIL. Osteomalakie u. Kastration. *Prag. med. Wochensch.*, 1895, nos 5 et 6; *Cent. f. Gyn.*, 1895 n° 37, p. 1006.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, *séance du 11 mars 1898.*

Fibrome utérin en voie de dégénérescence sarcomateuse. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison.

MAUCLAIRE, chirurgien des hôpitaux et COTTET, interne des hôpitaux. — La pièce que nous présentons provient d'une femme, âgée de 54 ans, à qui le Dr Mauclaire a pratiqué une hystérectomie abdominale totale dans le service du Dr Monod.

La malade, dont les antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien de spécial, a depuis 18 mois des métrorrhagies qui deviennent de plus en plus considérables. Elle souffre en outre de troubles vésicaux, caractérisés par de la dysurie et du ténesme vésical.

A l'examen, on constate l'existence d'un fibrome remontant jusqu'à l'ombilic. Les culs de-sac sont libres : il n'y a rien du côté des annexes.

A l'auscultation, on entend un souffle systolique à la pointe et un double souffle à l'orifice aortique. Ces lésions valvulaires sont d'ailleurs compensées.

Les urines contiennent une quantité notable d'albumine.

En raison de ces lésions cardio-rénales, la malade est soumise pendant 10 jours au régime lacté exclusif, avant d'être opérée.

L'hystérectomie abdominale totale est pratiquée le 3 février 1898

par M. Mauclaire, aidé de M. Cottet. Cette opération, faite suivant le procédé de Ricard, ne présente rien de spécial. On draine par le vagin avec une mèche de gaze iodoformée sans faire de suture sur le péritoine pelvien. Le ventre est refermé par deux plans de suture.

Les suites sont excellentes. Le 10e jour, on enlève les fils et la réunion par première intention est parfaite.

Cette observation présente cet intérêt clinique que, en dépit de ces lésions très accentuées au niveau des reins et du cœur, la malade a très bien supporté cette grosse intervention.

L'utérus fibromateux pesait 1 kilogr. 70. A la coupe, on constate macroscopiquement l'existence de deux gros fibromes interstitiels, dont l'un a un aspect violacé et une consistance un peu molle.

M. Pilliet a bien voulu se charger de soumettre ce fibrome à l'examen histologique, et voici le résultat de son examen : le fibrome est constitué par des fibres musculaires, lisses, peu abondantes et du tissu conjonctif en voie de transformation muqueuse ou plutôt colloïde sur un certain nombre de points. D'autre part, le système vasculaire présente un développement marqué. Il s'agit donc d'une tumeur en évolution rapide avec le type myxo-sarcomateux.

Ce fait est intéressant. Il est un exemple de plus de la transformation possible d'un fibrome utérin en sarcome. Dans le cas qui nous occupe, rien ne pouvait cliniquement nous faire reconnaître cette transformation, puisque la tumeur ne paraissait pas avoir eu un développement très rapide et que, d'autre part, il n'existait pas d'ascite.

On voit combien l'ancienne formule de la régression des fibromes après la ménopause peut être d'un optimisme dangereux. Il est certain que, en ce qui concerne notre malade, l'abstention eût été funeste en raison de la dégénérescence maligne de la tumeur.

REVUE ANALYTIQUE

BACTÉRIOLOGIE ET ANATOMIE-PATHOLOGIQUE DES MÉTRITES (*Suite*) (1).

Blennorrhagie utérine (Ueber Uterus-Gonorrhoe), par WERTHEIM. *Verhandl. der deutschen Gesellschaft*, 1895, p. 199.

1° L'utérus est, après l'urèthre, le siège de prédilection de la blennor-

---

(1) Voir : N° de juin, p. 487.

rhagie. Steinschneider établit que dans les cas récents l'urèthre est pris toutes les fois, l'utérus dans 50 p. 100 des faits. D'après Neisser, l'utérus est pris dans 61 p. 100 des cas, l'urèthre dans 66 p. 100; d'après Bumm il y a uréthrite dans 91 p. 100 des cas, gonocoques dans l'utérus dans 74 p. 100.

2° Dans la plupart des cas l'utérus est infecté directement; dans bien des cas même il l'est isolément. Les gonocoques seraient entraînés directement sur le col avec le sperme, dans les cas de contamination par goutte militaire, ce qui serait le cas le plus fréquent; l'urèthre ne se prendrait alors que secondairement. L'infection partant de l'urèthre et remontant est aussi possible.

3° La blennorrhagie utérine débute toujours d'une façon aiguë. La blennorrhagie chronique d'emblée repose sur l'observation de femmes à l'état chronique sans que les commémoratifs évoquent l'idée d'un état aigu antérieur. Une chaudepisse chronique pourrait produire une infection à début insidieux. Ce serait le cas chez les jeunes mariées infectées par le mari atteint de goutte militaire (Nöggerath, Schwan, etc.).

Contrairement à cette opinion, on peut faire remarquer qu'il n'y a pas de limite nette entre le stade aigu et le chronique. Les différences résultent principalement des conditions individuelles et surtout de la propreté. Beaucoup de cas dits chroniques d'emblée peuvent être considérés comme des fautes d'observation. L'infection isolée de l'utérus est souvent accompagnée de si peu de symptômes subjectifs que le stade aigu n'est pas remarqué. Il n'y a pas d'observation probante de blennorrhagie chronique d'emblée (Neisser).

Pour les cas subaigus, mieux vaut admettre une augmentation de la résistance de l'individu qu'une diminution de la virulence du microbe. Wertheim en inoculant une goutte militaire datant de 2 ans a pu provoquer une blennorrhagie aiguë d'une grande intensité, donnant ainsi la preuve expérimentale de la virulence de la goutte militaire. L'inoculation de cultures datant de 27 jours peut provoquer une blennorrhagie aiguë d'une grande intensité. Pour l'instant on peut douter de la possibilité d'une blennorrhagie chronique d'emblée.

4° La distinction entre le stade aigu et le stade chronique de la blennorrhagie utérine, bien qu'il n'y ait pas de limites nettes, est justifiée. Le stade aigu a été bien décrit par Bumm. La sensibilité au toucher, la rougeur, la tuméfaction du col et la sensibilité du col disparaissent peu à peu. L'écoulement jaune verdâtre finit par devenir filant.

L'infection est passée au stade chronique. Celui-ci peut durer des années et subir des recrudescences.

Dans le stade aigu on trouve des gonocoques nombreux et typiques ; les autres micro-organismes sont exceptionnels. Puis les gonocoques diminuent, d'autres microbes apparaissent. Dans les sécrétions réellement transparentes, Wertheim n'a jamais trouvé de gonocoques, et avec eux il y avait toujours des cellules purulentes.

Les examens anatomiques de blennorrhagie utérine manquent presque complètement. Il n'y a que des examens de parcelles enlevées par le curettage. On admet que le gonocoque peut atteindre le péritoine sans passer par la muqueuse tubaire, perforant le muscle utérin, ce qui paraît à Wertheim bien douteux.

Jusqu'ici on n'a pas vu de gonocoques dans l'épaisseur du tissu utérin. Cependant on ne peut guère admettre que le gonocoque vive exclusivement dans les sécrétions considérées comme bouillon de culture. Il doit être dans l'intimité du tissu. Si on ne l'y a pas trouvé cela tient à la difficulté de sa recherche. Wertheim a examiné 18 cas d'infection blennorrhagique d'utérus combinés avec salpingites. Microscopiquement il y avait épaississement et augmentation de la consistance de la paroi utérine ; la muqueuse du corps était presque toujours épaissie. Çà et là elle était couverte de petites saillies lui donnant un aspect verruqueux. La sécrétion du corps, lorsqu'elle existait, était fluide, purulente, ni tenace, ni visqueuse. Au niveau du col la tuméfaction de la muqueuse était moins marquée.

Au microscope les modifications dépassaient la muqueuse et dans presque tous les cas atteignaient la surface péritonéale. Dans la muqueuse il y avait une infiltration considérable interglandulaire de cellules purulentes et de cellules migratrices. Cette infiltration était tantôt diffuse, tantôt en foyers, sous forme de petits amas de cellules rondes nettement limités. Quand l'infiltration était peu marquée, elle était périglandulaire. Dans quelques cas il y avait infiltration œdémateuse écartant les glandes. L'épithélium superficiel avait complètement disparu par endroits, de telle sorte que le tissu cellulaire était à nu. Celui-ci même présentait des pertes de substance. Souvent l'épithélium était très altéré, la couche épithéliale déchirée, soulevée par des infiltrations, les cellules épithéliales écartées par des cellules purulentes, recouvertes d'exsudats fibrineux.

Ces modifications épithéliales se continuent par endroits à l'intérieur des glandes dont la lumière est remplie de cellules purulentes

et de détritus. Plus on pénètre dans la profondeur, moins ces lésions sont marquées et au fond des glandes on retrouve l'épithélium cylindrique intact. J'ai pu quelquefois trouver la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux stratifié ou en épithélium de transition, dont les cellules deviennent cubiques et ont une tendance à la stratification. Il arrive également que l'épithélium en restant à une seule couche est très diminué de hauteur. Ces modifications de la muqueuse sont manifestement inflammatoires.

Dans 8 cas, Wertheim a trouvé une augmentation très notable du tissu glandulaire, les glandes étant devenues plus nombreuses L'inflammation interstitielle est certainement primitive et la prolifération des glandes doit lui être consécutive.

Dans 2 cas cette prolifération des glandes était si intense qu'elle dominait manifestement la scène.

Les modifications de la musculeuse utérine sont très variables. Ce sont des modifications vasculaires et des infiltrations embryonnaires. Les premières consistent dans une prolifération du tissu périvasculaire et de la tunique adventice, se manifestant par une hyperplasie notable de la paroi et une grande richesse en noyaux de celle-ci. Dans 2 cas il y avait dégénérescence hyaline de la paroi du vaisseau, mais dans les deux il y avait eu des grossesses répétées, si bien qu'on ne peut affirmer qu'elle était due à l'inflammation. Comme stade ultime nous devons signaler la sclérose étouffant et dissociant les faisceaux musculaires, entraînant cette dureté du tissu qui lui donne une consistance fibreuse. Ces modifications de la musculeuse sont manifestement inflammatoires.

D'une manière générale, les modifications sont beaucoup plus marquées au niveau du corps qu'au niveau du col. L'épithélium pavimenteux du col ne présente en général aucune modification. Les altérations sont surtout marquées dans le tiers supérieur du col et d'autant plus qu'on se rapproche de l'orifice interne.

Les gonocoques se trouvent en bien des points en couche à la surface de la muqueuse ; çà et là on en voit entre les cellules et jusque dans la couche la plus superficielle du tissu sous-épithélial. L'épithélium du col paraît moins perméable que celui du corps pour le gonocoque. Deux fois W. en trouva dans la muqueuse du corps sans qu'il y en eût dans la muqueuse du col. Cette opinion, contraire à celle classique qui veut que le col soit le foyer de la blennorrhagie, trouverait son explication dans ce fait que l'épithélium du corps est moins résistant.

Dans les couches profondes de la muqueuse il n'y avait pas de gonocoques. On a presque l'impression que les gonocoques qui pénètrent dans la profondeur sont détruits dès qu'ils provoquent l'inflammation.

Dans aucun des utérus contenant des gonocoques (8 cas) il n'y avait aucun autre microbe, ni dans le corps, ni dans le col. Cependant dans l'examen des sécrétions on avait trouvé d'autres microbes, en particuliér des bacilles. Mais sur l'utérus on constatait qu'ils n'existaient que dans la partie inférieure du col. Il semble donc qu'il s'agissait de microbes vaginaux ne pouvant pénétrer le canal utérin proprement dit.

Dans les 10 cas où le gonocoque était absent, il n'y avait aucun microbe dans le corps et dans le col.

De ces constatations on peut conclure que le gonocoque ne prédispose pas à une infection secondaire; ce fait, que dans aucun cas il n'y avait d'autres bactéries, nous permet d'admettre positivement que les modifications anatomiques résultaient d'une blennorrhagie et non d'une infection mixte. Nous ne nions pas la possibilité de celle-ci cependant.

Il y a, en somme, non seulement une endométrite mais une métrite blennorrhagique. On ne peut admettre que les modifications de la couche musculaire résultent de la puerpéralité, car dans 5 cas où elles étaient très marquées il s'agissait de nullipares. Une question qui se pose est celle de savoir si, en l'absence de lésions annexielles, il y a lésion du muscle ; on ne peut le nier puisque les lésions débutent au niveau de la muqueuse.

D'après Bumm, l'orifice interne du col jouerait un rôle très important dans la blennorrhagie utérine. Il constituerait une barrière à l'ascension du gonocoque. Cette dernière ne se produirait guère qu'à la suite de causes occasionnelles (menstruation, coït, manipulations intra-utérines, accouchement). Par suite de la laxité de l'orifice interne du col au moment des règles, la muqueuse du corps viendrait faire ectropion et pourrait se contaminer au contact de la muqueuse cervicale. La colonne sanguine, par suite de mouvements abdominaux, pourrait dans une sorte de régurgitation amener des gonocoques dans la cavité utérine. Bien des accidents succédant à des manipulations intra-utérines ne seraient pas de nature septique mais gonococcienne (Bumm).

Cette régurgitation du sang menstruel est hypothétique. Comment s'expliquer alors qu'il n'y ait pas d'autres germes dans la cavité utérine ?

D'après Fritsch, les surfaces muqueuses de l'utérus seraient en con-

tact l'une avec l'autre et entre elles se produirait un courant qui empêcherait l'ascension du gonocoque.

Sänger pense que la menstruation et l'écoulement des liquides, après l'accouchement, seraient plutôt contraires à l'ascension du gonocoque.

Toutes ces hypothèses sont dénuées de fondement. Wertheim a examiné 5 cas d'endométrite blennorrhagique en enlevant un petit morceau de la muqueuse du corps. Dans 1 cas où l'infection remontait à huit jours, dans un à quatorze jours, il y avait une sécrétion purulente abondante avec uréthrite à gonocoques. Dans 3 cas, il s'agissait d'inflammation chronique datant de douze à seize semaines. Dans tous ces cas la cavité du corps était infectée. Les morceaux enlevés à la curette, fixés à l'alcool et inclus dans la paraffine, présentaient tous des gonocoques dans les cellules épithéliales et immédiatement au-dessous de l'épithélium. Ces faits sont en contradiction avec l'opinion qui veut que l'orifice interne du col prévienne l'ascension de l'infection.

Les exacerbations, qu'on observe quelquefois au cours de blennorrhagies chroniques, sont si semblables aux poussées aiguës qu'on ne peut guère les différencier. D'après Veit, la présence de suppuration des trompes ou des glandes de Bartholin serait indicative d'une ancienne infection, ce qui ne semble pas exact.

Dans la grossesse et l'accouchement, il est probable que l'exacerbation tient à une contamination de la cavité même de l'utérus. Ce qui est certain, c'est que la conception peut se faire même quand il y a contamination de la cavité utérine par le gonocoque. D'après Sänger, il pourrait se faire une infection de la caduque, ce qui expliquerait la fréquence des avortements et des métrorrhagies dans la blennorrhagie utérine.

En tous cas, on doit admettre que lorsque les deux caduques se sont soudées ensemble, il n'y a plus de gonocoques dans la cavité utérine, que par conséquent l'exacerbation puerpérale doit être due à une pénétration secondaire des germes. La riche circulation sanguine, la laxité des tissus et les nombreuses sécrétions de l'organe constituent de bonnes conditions de développement pour l'organe. H. H.

Contribution à l'étude de l'étiologie et de la nature de l'endométrite (Beitrag zur Aetiologie und zur Natur der Endometritis), par O. A. Boije. Travail fait à la clinique gynécologique de Otto Engström (Helsingfors). *Centralblatt für Gynaecologie*, 1896, nº 10, p. 271.

Les échantillons de mucus utérin furent pris avec une pipette au

fond du corps de l'utérus, grâce à une sorte de petit spéculum intra-utérin métallique dont la forme rappelle celle des anciens spécula en buis avec leur embout arrondi ; une fine curette permettait en outre le prélèvement de petits fragments de muqueuse pour l'examen histologique.

Abstraction faite de tous les cas où le début a été aigu (infection septique), lié à de la tuberculose ou à la blennorrhagie, il reste 30 cas que l'auteur a étudiés, parmi lesquels 16 métrites virginales. L'auteur a trouvé des microbes 13 fois sur 16 métrites interstitielles, 3 fois sur 8 métrites glandulaires, 4 fois sur 6 métrites mixtes. Jamais l'auteur n'a pu trouver de microbes dans les tissus, mais il en a trouvé dans la couche de mucus adhérant à l'épithélium de revêtement, 10 fois sur 15 métrites interstitielles, 1 fois sur 8 métrites glandulaires et 2 fois sur 6 métrites mixtes.

S'il est impossible de songer à faire jouer un rôle aux microbes dans la métrite glandulaire, il n'en serait pas de même, d'après Boije, dans la métrite interstitielle, d'autant que les lésions ont toujours leur maximum au voisinage de la surface de la muqueuse d'une part, et d'autre part que l'infiltration embryonnaire qui la caractérise se fait plus ou moins par petits îlots circonscrits.

L'action des microbes se ferait par l'intermédiaire de poisons solubles pénétrant les tissus de la superficie vers la profondeur.

Dans la forme glanduleuse, par contre, l'épithélium de revêtement n'est que peu ou pas altéré, présentant tout au plus des signes de prolifération, ce qui suffirait, pour Boije, à faire éliminer, a priori, toute idée d'action microbienne.

Du Bouchet.

De l'action du « bacterium coli commune » sur l'endometrium (Dell'azione del Bacterium coli commune sull'endometrio), par Morisani. *Arch. di Ost. e Ginec*, mars 1897, p. 129.

1° Les inoculations endo-utérines du *bacterium coli* sur les animaux sont demeurées complètement négatives aussi longtemps que la muqueuse était intacte.

2° Toutes les fois que les inoculations furent pratiquées sur une muqueuse irritée avec des agents soit physiques, soit chimiques, il se produisit, localement, une forme d'endométrite purulente due au *bacterium coli*.

3° L'infection ne s'arrête pas là ; on observa une migration des microorganismes dans tous les organes, de l'infection générale, et la mort

consécutive à la toxémie grave démontrée par la péritonite septique.

Des expériences de contrôle établirent que l'endométrite qui suit les inoculations du *bacterium coli* sur la muqueuse préalablement irritée, est bien l'effet de ce bacille et non le résultat de la réaction de la muqueuse vis-à-vis de l'agent irritant. Également, que d'autres micro-organismes ne devaient pas être incriminés, car on obtint des cultures pures de *bacterium coli*. Sous le rapport de la voie suivie par le processus infectieux, deux hypothèses : 1° l'endométrite déclarée, le processus s'étendrait par la trompe au péritoine. 2° Le micro-organisme pénétrerait dans les voies lymphatique et sanguine endo et péri-utérines, et ainsi diffusé, le processus produirait les phénomènes généraux. La rapidité des accidents milite plutôt en faveur de cette seconde hypothèse ; toutefois il est impossible de nier la possibilité de deux voies.

L'auteur a poursuivi une seconde série d'expériences à l'effet de savoir si l'inoculation du *bacterium coli*, en dehors des organes génitaux, était capable de produire une endométrite. Ces inoculations extra-génitales sont restées négatives tant que l'endométrium était intact ; par contre, les résultats ont été positifs quand la muqueuse avait été préalablement irritée. Chez les animaux, l'endométrite en question est caractérisée par l'infiltration trouble des éléments épithéliaux des glandes utérines. Mais il est encore impossible d'affirmer qu'il s'agit d'un caractère différentiel, spécifique. D'autres recherches sont nécessaires.

R. LABUSQUIÈRE.

Contribution à l'étude de l'endométrite hyperplasique ovarique (Ein Beitrag zur Kenntniss der Endometritis hyperplatisca ovarialis). K. FRANZ *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd LVI, Hft 2, p. 363.

Brenneke a décrit une endométrite d'origine ovarienne dont les phénomènes cliniques essentiels sont les suivants : les règles primitivement régulières se montrent trop tardivement, après des intervalles de 5 à 6 semaines et même plus longs. Puis surviennent tantôt brusquement, tantôt plus graduellement, des hémorrhagies parfois abondantes, parfois moins fortes, qui se prolongent. Le curettage n'amène en général qu'une amélioration transitoire et dans certains cas doit être répété. Les fragments de muqueuse enlevés sont le siège d'altérations de l'endométrium analogues à celles que C. Ruge a fait connaître.

L'auteur relate une observation qui rentre dans les faits cités par Brenneke et de plus décrit les altérations constatées à cette occasion sur les ovaires et l'utérus, lésions qu'il résume ainsi : « Nous avons avec

une *endométrite glandulaire*, hyperplasique, chronique, une *affection des ovaires* caractérisée par *l'hyperplasie du tissu connectif*, *la dégénérescence exagérée des follicules*, *la dégénérescence vasculaire et la diminution des vaisseaux sanguins*. La lésion la plus frappante consiste dans le nombre excessif des follicules de de Graaf en voie de régression et la dégénérescence des follicules primordiaux. Ces modifications doivent être rapportées à un trouble de nutrition de l'organe qui trouve son explication dans l'hypertrophie connective et la raréfaction vasculaire.

D'autre part, l'auteur tient pour assuré que ces lésions dégénératives de l'ovaire sont bien la cause primitive des altérations endométritiques, et par celles-ci, des métrorrhagies observées.

R. LABUSQUIÈRE.

De l'endométrite pendant la grossesse et de son étiologie (Ueber Endometritis in der Schwangerschaft und deren Aetiologie). R. EMANUEL. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd XXXVI, Hft 3, p. 383.

Le premier, Donat a indiqué la *possibilité* que la cause de l'endométrite de la grossesse pouvait être représentée par des bactéries. Dans une fausse couche au deuxième mois, il constata la présence sur la face utérine de l'arrière-faix, ainsi qu'entre l'amnios et le chorion, de masses spéciales, jaunâtres qu'on reconnut être du pus. Toutefois, si l'examen microscopique révéla de nombreux globules de pus dans la caduque sérotine, il ne montra de micro-organismes ni dans les leucocytes ni sur les coupes de tissu.

Dœderlein, tout en inclinant à admettre dans ce cas l'intervention causale d'une infection, émit l'avis de la nécessité du contrôle par l'examen microscopique et les cultures.

Neumann, depuis, a pu satisfaire à ce *desideratum* en réussissant, dans deux cas d'endométrite pendant la grossesse, d'une part à cultiver des gonocoques et d'autre part à mettre en évidence leur présence dans la caduque enflammée.

Après Donnat, l'auteur, le premier, a réussi à démontrer la présence de bactéries sur les coupes de la caduque vraie, malade et de la sérotine, et ultérieurement (en collaboration avec son collègue Wittkowsky) il a pu, chez la même femme, à l'occasion d'un second avortement, mettre en évidence d'autres bactéries par les cultures et par l'examen de fragments de tissu (caduque vraie).

Depuis, il s'est efforcé de se procurer des matériaux propres à ces recherches, mais, presque toujours, l'examen des placentas recueillis rasta stérile, jusqu'au moment où cette même femme, chez laquelle il

avait, deux fois déjà, fait des constatations bactériologiques positives sur la caduque vraie et la sérotine (la première fois des *diplocoques*, la seconde des *bactéries*), fut de nouveau enceinte, grossesse compliquée de vives souffrances. Il note d'autre part que cette observation semble militer en faveur de cette opinion de Veit que l'endométrite de la grossesse se greffe toujours sur une endométrite antérieure, parce que, dans l'intervalle des grossesses, cette endométrite chronique se traduisait par un écoulement suppuré abondant.

Cette troisième grossesse s'étant encore terminée par un avortement, l'examen microscopique des débris ovulaires fournit les mêmes constatations que dans les deux premières fausses couches. Tout d'abord, la coloration jaune intense des zones ovulaires malades — à l'examen microscopique, présence dans la caduque vraie de nombreux foyers d'infiltration à petites cellules avec, dans le voisinage, des extravasations sanguines étendues, tandis que dans la sérotine, près de la surface, ces infiltrats de petites cellules contenaient, comme témoignages d'une inflammation particulièrement intense, des parties nécrosées. — Nulles traces de processus phlegmasiques au niveau des éléments du chorion, de l'amnios et même des *septa* déciduaux intervilleux.

Dans les foyers inflammatoires de la caduque vraie et de la sérotine, l'auteur réussit, par la méthode des réactifs colorants de Gram-Weigert, à mettre en évidence une quantité considérable de *cocci* qui sur certains points étaient si rapprochés et réunis en agglomérats si étendus qu'ils recouvraient presque entièrement le tissu sous-jacent. Ils donnaient l'impression de très petits diplocoques, parfois disposés à à la manière des gonocoques avec lesquels ils présentent cette grande ressemblance de pouvoir se rencontrer dans les cellules.

Huit semaines après l'avortement, il fallut, en raison d'hémorrhagies abondantes, procéder à un curettage, et les tissus ainsi obtenus furent soumis à un examen minutieux. Or, ces examens soigneux (utilisation des cultures et du microscope) démontrèrent qu'il n'y avait plus traces de micro-organismes et que, d'autre part, les altérations actuelles aussi bien des glandes que du tissu interglandulaire étaient celles d'un processus phlegmasique chronique.

De ces constatations, l'auteur déduit que les micro-organismes observés sont la cause de l'endométrite de la grossesse, que ces micro-organismes peuvent varier; que, d'autre part, cette endométrite de la grossesse, conformément à l'opinion exprimée par Veit, se développe sur une muqueuse déjà chroniquement malade ; que, la grossesse

finie, les micro-organismes — particularité qui d'ailleurs confirme les résultats négatifs de Bumm, Pfannenstiel, Dœderlein, Menge, Merthens, Gottschalk, Immerwahr — disparaissent, et que l'endométrite aiguë de la grossesse fait place à une endométrite chronique. R. LABUSQUIÈRE.

Endométrite et et dysménorrhée (Endometritis und Dysmenorrhœ). OTTO V. FRANQUÉ. *Cent.f. Gyn.*, 1898, nº 12, p. 306.

L'auteur cite un exemple de cette variété rare d'endométrite étiquetée par Ruge « *Endométrite interstitielle exsudative* ».

OBS. — 23 ans, nullipare, menstruée à 14 ans. Depuis règles toujours douloureuses surtout dans les derniers temps. *Examen :* Utérus fortement antéfléchi, augmenté de volume. Introduction du cathéter très douloureuse. Orifice interne très étroit, les tissus voisins très durs, inextensibles, annexes d'apparence normale mais très sensibles. *Traitement.* Dilatation et abrasion de la muqueuse. Au cours des suites opératoires, il fallut procéder à une nouvelle dilatation. La dernière menstruation avant le curettage avait duré du 31 janvier 1898 au 3 février ; le curettage fut fait le 12 février, donc 9 jours après, et la première menstruation après le curettage se fit 3 jours avant la date présumée.

Altérations histologiques constatées sur les tissus obtenus par le curettage : glandes un peu augmentées, dilatées, sinueuses, gorgées de sécrétion ; nombre de cellules sont sphériques, proéminent dans la lumière, ont un noyau sphérique, volumineux, parfois deux, cellules évidemment en voie de segmentation. L'épithélium superficiel est intact, régulier, présente les mêmes phénomènes de régénération que l'épithélium glandulaire. Mais, *le trait le plus saillant c'est l'état du stroma :* presque partout, mais surtout dans les couches supérieures de la muqueuse, ce stroma est infiltré, dissocié par un liquide en partie coagulé, sous forme de fines granulations. Les éléments cellulaires ne sont pas particulièrement volumineux. La dissociation des éléments constitutifs met nettement en relief le réseau connectif extrêmement délicat de la muqueuse. En certains points, il y a des exsudats sanguins de dates diverses, principalement sous l'épithélium. Il existe également des lacunes étendues pleines de sérum ou de sang. Quelques capillaires sanguins sont tendus, remplis de sang. Enfin, ce n'est qu'à force de recherches qu'on finit par découvrir quelques très petits foyers de leucocytes.

Ces altérations cadrent presque exactement avec la description qu'a donnée Ruge de l'endométrite exsudative ; elles rappellent aussi de très près l'état anatomique décrit par Westphalen de l'œdème, du gonflement prémenstruel, bien que dans le cas actuel le curettage ait été fait vers le milieu de l'intervalle intermenstruel. R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Traité médico-chirurgical de gynécologie, par MM. Labadie-Lagrave et Félix Leguеu.

Ainsi que le titre l'indique, ce volumineux et beau livre de plus de 1200 pages, a été conçu dans le but d'associer étroitement des choses qui doivent être combinées dans la pratique, à savoir le traitement médical et le traitement chirurgical. De nombreuses pages sont consacrées au traitement *hydrominéral*, à l'*hydrothérapie*, à la *kinésithérapie*, à l'*électrothérapie*, à la *sérothérapie* et *opothérapie*. Parmi les chapitres nouveaux, signalons la *leucoplasie vulvo-vaginale*, le *kraurosis vulvæ*, les *kystes hydatiques pelviens*, l'*uréthrocèle*, l'*insuffisance uréthrale*. Les questions d'actualité ont été traitées longuement : signalons les *tumeurs utéro-placentaires*, la *môle hydatiforme*, la *structure* et la *pathogénie* des *fibromes utérins*, les *sarcomes de l'utérus*, les *septicémies*, les *occlusions*, *les délires post-opératoires*, les *troubles consécutifs à la castration*. Cet ouvrage est à la fois très scientifique et très clair ; il se recommande surtout par la mise au point des questions d'actualité et la facilité de sa lecture. M.

Résultats du traitement radical du cancer utéro-vaginal avec le cautère actuel (Ueber die Resultate der Radicalbehandlung des Gebarmütter-Scheidenkrebses mit dem Glüheisen). G. Gellhorn. Berlin, 1898, S. Karger.

Monographie intéressante, dans laquelle l'auteur, après un examen rapide des autres méthodes opératoires dirigées contre le cancer de l'utérus et des statistiques de guérison correspondantes, rapporte 39 cas, opérés du 1er mars 1895 au 1er janvier 1898 avec le fer rouge. Durant cet intervalle, il s'est présenté, en tout, 42 femmes dont 3 seulement furent tenues pour inopérables ; avec toutes les autres méthodes, la proportion des cas inopérables a toujours été plus élevée. On a certainement avec le fer rouge opéré des femmes qu'aucun chirurgien n'eût osé opérer autrement. Ni l'extension du cancer au vagin, ni l'existence de nodules cancéreux dans le paramétrium, ni une certaine diminution de mobilité de l'utérus, ni l'infiltration diffuse des ligaments larges, à la condition cependant qu'il restât une zone libre (1 à 2 centim.) vers la paroi pelvienne de façon à permettre encore une certaine mobilité de

la tumeur utérine, n'empêchèrent l'extirpation au fer rouge de supprimer complètement le carcinome, et même, si l'on en juge par les résultats acquis, de le supprimer définitivement. Mais l'extension du cancer à la muqueuse soit de la vessie, soit du rectum, constitue une contre-indication absolue. Quand le volume de l'utérus paraît devoir apporter un obstacle sérieux à l'hystérectomie vaginale, il faut suivre la voie abdominale. Dans aucun cas, on ne doit alors essayer de faciliter l'hystérectomie vaginale par le morcellement ou l'excision de l'utérus, non par crainte de l'infection, mais parce que toute prise solide fait défaut. La méthode a permis de sauver des malades irrémédiablement perdues avec tous les autres procédés opératoires. R. L.

De l'influence des suites de couches sur les tumeurs kystiques de l'ovaire (Ueber den Einfluss des Wochenbetts auf cystische Eierstockgeschwülste). S. GOTTSCHALK.

Tumeurs malignes de l'épithélium chorial (déciduome malin) [Maligne Tumoren des Chorionepithels (sogenannte deciduale Sarkome)]. E. FRAENKEL. *Samml. klin. Vorträge*, 1897, n° 180.

Tunnellisation des tumeurs fibreuses de l'utérus dans l'hystérectomie vaginale, etc. (Tunellizzazione dei tumori fibrosi dell'utero nell' isterectomia vaginale, etc.). INGIANNI GIUSEPPE. Extrait des *Annali di Ost. e Ginec.*, 1898, n° 3.

Das Studium der Frauenheilkunde, ihre Begrenzund innerhalb der allgemeien Medicin. A. MACKENRODT. Berlin, 1898, S. KARGER.

Des causes d'une situation naturelle des organes de la parturition, (Ueber die Ursachen einer natürlichen Lage des Gebärorgans). MAX VON ARX. *Samml. klin. Vorträge*, 1898, n° 210.

VARIA

Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie *(2e Session,* MARSEILLE, *8 octobre 1898)*.

Les questions mises d'avance à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° **Section de Gynécologie** (président, M. le Dr POZZI). *Diagnostic et traitement des grossesses extra-utérines;* rapporteur, M. le Dr P. SEGOND, professeur agrégé de l'Université de Paris (sera discuté, sections réunies).

2° **Section d'Obstétrique** (président, M. le professeur PINARD). *Des*

auto-intoxications gravidiques; rapporteurs, MM. les Drs Bouffe de Saint-Blaise, chef de clinique de la Faculté de Paris, et Fieux, chef de clinique de la Faculté de Bordeaux (sera discuté, sections réunies).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Beuttner (O.). Ueber Hysteroscopie. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 22, p. 580. — **Brœse et Schiller.** Zur Diagnose der weiblichen Gonorrhœ. *Berl. klin. Woch.*, 1898, p. 580. — **Damas (E.).** Tumeur kystique sanguine de la paroi abdominale. *La Gynécologie,* 1898, p. 232. — **Flesch.** *Prostitution und Frauenkrankheiten.* Frankfurt, 1898, Alt. — **Fraenkel.** Der Bau der Corpusluteum Cysten. *Arch. f. Gyn.* Bd. LVI, Hft. 2, p. 355. — **Fredet.** Quelques recherches sur les artères de l'utérus. *La Semaine gynécologique.* Paris, 17 mai 1898, p. 154. — **Gill Wylie.** Sterility. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, juin 1898, vol. XII, p. 741. — **Godart.** Anomalie génitale. Utérus unicorne droit, avec corne rudimentaire gauche. Absence complète de vagin. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. IX, 1897-1898, p. 14. — **Hausemann.** Drei Fälle von Hermaphroditismus. *Berlin. klin. Woch.*, 1898, p. 549. — **Hermann Tjaders.** Alkohol und Händedesinfection. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVIII, Hft. 3, p. 351. — **Heywood Smith.** Uterus unicornis. *The Lancet,* 18 avril 1898, p. 1051. — **Hofmeier.** *Grundriss der gyn. Operationen.* 3 Aufl. Wien, 1897. — **James F.-W. Ross.** Lacerated and punctured wounds of the genital tract. *The American Journal of Obstetrics.* New-York, avril 1898, p. 449. — **Kisch.** *Uterus u. Herz in ihren Wechsel Beziehungen.* Leipzig, 1898, Thieme. — **Kurt Schlutius.** Uterus semibipartitus cum vagina duplice. *Centr. f. Gyn.*, 1898, n° 17, p. 436. — **Ludwig Kleinwächter.** Der Diabetes vom Gynæk. Standpunkt aus betrachtet. *Zeitsch. f. Geburts. u. Gynæk.*, 1898, t. 38, p. 191. — **Ludwig Mandl.** Ueber die Richtung der Flimmerbewegung im menschlichen Uterus. *Centralb. f. Gynæk.*, 2 avril 1898, p. 323. — **Mackenrodt.** *Arbeiten aus der Privat-Frauenklinik in Berlin,* 1898, Karger. — **Mars.** Ein Beitrag zur Aseptik der geburts und gynæk. Operationen. *Centralb. f. Gynæk.*, 2 avril 1898, p. 328. — **Neumann.** Zur Technik der Herbeiführung der weiblichen Sterilitat durch Tubendurschneidung. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 24, p. 641. — **Otto.** *Die Heimlichkeiten u. Krankheiten der Frauen.* Leipzig, 1897, Spohr. — **Otto Engström.** *Mitheilungen aus der gynækol. Klinik in Helsingfors.* Berlin, 1898, Karger. — **Price.** Suprapubic Operationen. *American J. of Obstetrics,* 1898, p. 588. — **Reynier.** Psychoses post-opératoires. *Bull. Soc. chirurgie,* 1898, p. 329. — **Robert Meyer.** Ueber die Fœtale Uterus-schleimhaut. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, t. 38, p. 234. — **Schauta.** *Lehrbuch der gesammten Gynækologie.* 2. Aufl. Wien, 1898, Deuticke. — **Siredey (A.).** La neurasthénie utérine. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1898, p. 457. — **Thumin.** Ueberzählige Eierstoke. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. 2, p. 342. — **Touvenaint.** Le traitement hydrominéral dans les affections gynécologiques. *Revue internationale de méd. et de chir.*, 25 mai 1898, p. 168. — **Tancum**

Iouddelowitz. *Die Geschlechts Krankheiten u. ihre Behandlung*, Halle, 1898, Marhold. — **Winter**. *Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik*. 2 Aufl. Leipzig, 1897, Hirzel.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — A. d'Alessandro. Opoterapia in ginecologia. *Arch. ital. di Ginecologia*. Napoli, 1898, nº 1, p. 78. — **Beuttner**. Du massage et du diagnostic gynécologique dans la position déclive avec recherches critiques. *Revue méd. de la Suisse romande*, avril 1898, nº 4, p. 199. — **Beuttner**. Ein neuer Nadelhalter. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 25, p. 667. — **Evelyn Porter**. Uterine drainage ; drainage tube versus ganze. *The American gynecological and obstetrical Journal*, New-York, mai 1898, vol. XII, p. 750. — **Fothergill (W. E.)**. On the use of the senecion in functional amenorrhœa. *Edinb. med. J.*, 1898, I, 488. — **Garrigues (Henry-J.)**. Electricity in Gynecology. *Med. News*, 1898, I, 746. — **Gœnner**. Der Werth des Alkohols als Desinfektionsmittel. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 18, p. 468. — **Grandin (Egbert H.)**. Has electricity ceased to be a useful therapeutic agent in gynecology. *Med. News*, N.-Y., 1898, p. 747. — **Kleinhans**. Ueber die Verwendung der Schleich'schen Anœsthesierungs methode bei gynœkologischen operationen. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. VII, Hft. 6, p. 607. — **Neumann (A.)**. Die Verwendung des Fritsch-Bosemann' schen Katheters als Dauerdrain bei Beckeneiterung. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 17, p. 440. — **Piccoli**. Un nuovo sterilizzatore a vapore portabile. *Archivio di Ost. e Ginec.*, mai 1898, p. 281. — **Simpson**. Mercurous iodide poisoning resulting from the use of iodoform as a surgical dressing and calomel internally; with a case. Recovery. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 433. — **Sippel**. Die Hebung des Beckenbodens durch Kolpeuryse der Scheide. *Centr. f. Gynæc.*, 1898, p. 376. — **Stas (J.)**. Ein gynæk. Operationstich. *Centr. f. Gynæk.*, 1898, nº 20, p. 536. — **Stratz**. Zwei Specula. Heisse Irrigationen. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 17, p. 433. — **Wendeler**. Zur "Hebung" des Beckenbodens durch Kolpeuryse der Scheide. *Cent. f. Gyn.*, 1848, nº 18, p. 474.

VULVE ET VAGIN. — A. v. Mars. Ein Beiträg zur Kraurosis vulwœ. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. VII, Hft. 6, p. 616. — **Fabricius**. Su di una complicazione accidentale in seguito di un estirpazione totale della vagina. *Riforma medica*, 1898, p. 95. — **Franz L. Neugebauer**. 37 Falle von Verdoppelung der ausseren Geschlechtstelle. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. VII, Hft. VI, p. 645. — **Grisolia**. Ricerche istologische sopra una ciste sierosa del gran labbio ed istogenia delle cisti di questa regione vulvare. *Arch. ital. di Ginecologia*. Napoli, 1898, nº 1, p. 1. — **Klein**. Die soliden primären Geschwülste der Scheide. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. VII, p. 564. — **Kottmann**. Beitrag zur Bakteriologie der Vagina. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LV, Hft. 3, p. 615. — **Neugebauer (F. L.)**. 35 Fälle von Verdoppelung der aüsseren Geschlechtstelle. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. VII, p. 550. — **Ouimet**. Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'imperforation de l'hymen. *La Semaine gynéc.*, 1898, p. 195. — **Pichevin et Weber**. Kystes wolfiens de la vulve. *La Semaine gynécologique*, Paris, 5 avril 1898, p. 105. — **Pietro Pretti**. Histolog. Veränderungen d. Scheide. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, b. 38, p. 250. — **Picqué (Lucien)**. De la valeur de la colpotomie. *La Gynécologie*, 1898, p. 194. — **Ziverfel**. Ueber Colpotomia anterior. *Centralb. f. Gynæk.*, 23 avril 1898, p. 401.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Bode.** Intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda zur Heilung der Retroflexio uteri durch Laparotomia vaginalis anterior. *Arch. für Gynæk.*, 1898, Bd. LVI, Hft. 1, p. 62. — **Brothers.** Accidental perforation of the uterus. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 446. — **Chiarleoni.** Nuovo processo operatorio nel prolasso genitale. *Arch. ital. di ginecologia*, Napoli, 1898, nº 1, p. 64. — **Cortiguera.** Las operaciones de histeropexia en las retrodesviaciones uterinas. *Anales de obstetricia ginecopatia y pediatria*, 1898, p. 129, 161. — **Frommel.** Ueber Achsendrehung des Uterus durch Geschwulste. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 22, p. 577. — **Hammond (Frederick Porter).** A belief that so called displacements of the uterus are not pathological. *Med. Rec.*, N.-Y., I, 793. — **Herman.** Some Points in the technique of the Alexander operation. *Annals of gynec. a. ped.*, juin 1898, p. 662. — **Jacobs.** La laparotomie dans certains cas de rétroposition pathologique de l'utérus pendant la grossesse. *Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, t. IX, 1898-1899, nº 2, p. 24. — **James M. West.** The treatment of uterine retroversion. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, nº 4, p. 440. — **Lindfors.** Fall von wiederholter Ventrofixatio uteri gegen Prolaps. *Centr. f. Gynæk.*, 23 avril 1898, p. 414. — **Mond.** Eine einfache Dammplastik. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 18, p. 475. — **Noble.** Four cases of abcess of the uterus treated by incision. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, juin 1898, vol. XII, p. 746. — **Otto Fuchs.** Zur Behandlung von Totalprolaps des Uterus durch Totalexstirpation. *Monatssch. f. Geburtsh u. Gyn.*, 1898, Bd. VII, p. 623. — **Piccoli.** Nuovo processo conservatore per la cura della inversione cronica dell' utero. *Archivio di ostetricia e ginecologia*, 1898, p. 136. — **Preiss.** Zur Operationen des retroflektirten Uterus. *Centralb. f. Gyn.*, 23 avril 1898, p. 415. — **Riddle Goffe.** The anatomy and functions of the pelvic floor in women and the operation for its Repair. *Medical News*, Philadelphia, 28 mai 1898, p. 673. — **Ruggi.** Metodo per la cura radicale degli organi genitali muliebri prolassati. *Arch. ital. di ginecologia*, Napoli, 1898, nº 1, p. 46. — **Schultze (B.-S.).** Ueber Axendrehung der Uterus durch Geschwülste. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, 1898, p. 157.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Bluhm.** Zur Pathologie des Ligamentum rotundum uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LV, Hft. 4, p. 647. — **Davenport.** Pathology and treatment of dysmenorrhea associated with anteflexion of the uterus. *The Boston med. and surg. Journal*, 1898, p. 514. — **Chabry.** Traitement de la sténose du col de l'utérus, en particulier par la stomatoplastie avec évidement commissural. *Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1898, p. 387. — **Conghlin (Robert E.).** Vicarious menstruation. *Med. Rec.*, N.-Y., 1898, I, 803. — **Franz.** Ein Beitrag zur Kenntniss der Endometritis hyperplastica ovarialis. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. 2, p. 363. — **Hofbauer.** Ueber primäre Uterus tuberculosa. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. 2, p 395. — **Heil.** Kongenitale Einrisse an der Cervix uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 19, p. 501. — **Lea (Arnold W. W.).** The diagnosis of pathological conditions of the endometrium. *Medic. Chronicle.* Manchester, 1898, t. IX, p. 81. — **Munde.** The surgical treatment of catarrhal erosion of the cervix in the nulliparous woman. *American Journal of Obstetr.*, 1898, p. 584. — **Otto V. Weiss.** Ein Fall von Obliteration des nicht puerperalen Uterus nach Vaporisation. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 24, p. 636. — **Petit (P.).** Le trajet du ligament rond. *La*

Semaine gynéc., 1898, p. 203. — **Rokitanski**. Ein Fall von Fremdkörper in Uterus. *Wiener Mediz. Presse*, 1898, p. 964. — **Shaw-Mackenzie**. On hæmorrhagic endometritis. *The British gynæcological Journal*, février 1898, p. 467. — **Willis E. Ford**. Remote effects of uterine hemorrhage. *Philadelphia medical Journal*, 2 avril 1898, p. 600.

TUMEURS UTÉRINES. HYSTÉRECTOMIE. — **Acconci**. Beitrag zum Studium des primären Uteruskrebses. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVIII, Hft. 3, p. 417. — **Albert E. Morison**. Notes on a case of Porro-Taits operation. *The Lancet*, 16 avril 1898, p. 1050. — **August-Schachnec**. An interesting fibroïd tumor. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, mai 1898, vol. XII, p. 619. — **Buffet**. Corps fibreux volumineux de la lèvre postérieure du col. Prolapsus de l'utérus. *Bull. Soc. chirurgie*, 1898, p. 341. — **Buschbeck**. Nachprüfungen über die Dauererfolge der in den Jahren 1885-1897 wegen schwerer chronischer Adnexerkrankungen ausgeführten Totalexstirpation des Uterus u. der Adnexe. *Arch. für Gynæk.*, 1898, Bd. LVI, Hft. 1, p. 160. — **Buschbeck**. Ueberblick über 100 vaginale Totalexstirpationen wegen Uterusmyomen und Nachprüfung der Enderfolge dieser Operation. *Arch. für Gynæk.*, 1898, Bd. LVI, Hft 1, p. 169. — **De Ranse**. L'hérédité dans l'étiologie des corps fibreux de l'utérus. *Congrès de médecine de Montpellier*, 1898. — **Dixon-Jones**. Hysterectomy for fibro-myomata, some early records. Remarks. *The British gynæcological Journal*, Londres, février 1898, p. 502. — **Dudley**. Hysterectomy for removal of large uterine myomata by the combined vaginal and abdominal methods. *The Boston med. a. surj. Journal*, 26 mai 1898, p. 485. — **Duret**. Cysto-fibromes et cysto-sarcomes de l'utérus. Transformation des fibromes. *La Semaine gynécologique* Paris, 26 avril 1898, 3 mai 1898, 10 mai 1898, p. 129, 137 et 145. — **Eastman (Th.-B.)**. The Eastman Method for vaginal hysterectomy. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, n° 4, p. 452. — **Feuchtwanger**. *Ein Uterusmyom m. Knorpel-und Knochenneubildung*. In. Diss., 1897, Strasbourg. — **Frænkel**. Vorfall des Netzes am 3 Tage nach vaginaler Radicaloperation. Spontanreposition in Knie-Ellbogenlage. Glatte Heilung. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 19, p. 494. — **Gottschalk**. Ueber den Heilwerth und die Anzeigen der vaginalen Unterbindung der Vasa uterina bei Uterusmyoma. *Berl. klin. Woch.*, 1898, p. 435. — **Hacker**. *Ueber abdominale Totalexstirpation des schwangeren myomatösen Uterus*, in-8, Berlin, 1897, Karger. — **Jacobs**. Fibrome utérin mortifié. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. IX, 1897-1898, p. 9. — **Jesset**. Case of carcinoma, utero-vaginal hysterectomy, resulting in recovery *The British gynæcological Journal*, Londres, mai 1898, p. 4. — **Jesset**. Case of fibro-myoma uteri, operation, death. *The British gynecological Journal*, Londres, mai 1898, p. 6. — **Jesset**. Two cases of myomatous uteri removed by pan-hysterectomy. *The British gynecological Journal*, Londres, février 1898, p. 455. — **Lauwers**. Sarcome de la muqueuse utérine, hystérectomie vagino-abdominale totale. Guérison. *Bull. de la Soc. belge de gynécologie et d'obstétrique*. Bruxelles, t. IX, 1897-1898, n° 2, p. 36. — **Le Bec**. Total hysterectomy for large fibroids. *Annals of Gyn. a. Ped.*, juin 1898, p. 646. — **Levy**. *Ein Beitrag zur Aetiologie der Uterusmyome*. Th. Strasbourg, 1898. — **Mary Dixon Jones**. Hysterectomy for fibromyoma. *Annals of Gynecology and Pediatry*, 1897, p. 409. — **Mauclaire**. Sur un cas de polype fibreux intra-utérin enlevé par l'hystérotomie médiane antérieure vaginale précédée du décollement du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. *La Se-*

maine gynécologique, Paris, 29 mars 1898. — **Mauclaire**. Sur un cas d'utérus fibromateux et de kyste dermoïde huileux du ligament large enlevés par la voie vaginale. *La Semaine gynécologique*. Paris, 29 mars 1898. — **Medaine**. Prolaps des Netzes nach vaginaler Exstirpation des Uterus und des Adnexe. *Centralblatt f. Gyn.*, 1898, p. 374. — **Montgomery**. Removal of uterine fibroids whithout hysterectomy. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, n° 4, p. 464. — **O'Callaghan**. Large myomatous uterus removed by abdominal hysterectomy. *The British gynecological Journal*, Londres, février 1898, p. 457. — **Otto v. Herff**. Die Gefässversorgung bei den Totalexstirpation des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 18, p. 465. — **Pichevin**. De quelques indications de l'hystérectomie abdominale totale et de l'hystérectomie supra-vaginale. *La Semaine gynécologique*, Paris, 24 mai 1898, p. 161. — **Richelot**. Total abdominal hysterectomy for diseases of the adnexa. *Annals of Gyn. and Pediat.*, juin 1898, p. 637. — **Rishmiller**. The limitation of hysterectomy for carcinome. *The American gynæcological and obstetrical Journal*. New-York, mai 1898, vol. XII, p. 764. — **Sarah E. Palmer**. Report of four cases of hysterectomy for fibroids. *The Boston med. a. surg. Journal*, 14 avril 1898, t. I, p. 343. — **Scherer**. Zwei Fälle von Sog. malignum Deciduom. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LVI, Hft. 2, p. 372. — **Taber**. Vaginal hysterectomy. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 531. — **Thumin (L.)**. Ueber 104 mit Totalexstirpation behandelte Fälle von Krebs der Gebärmutter. *Berl. klin. Woch.*, 1898, p. 417. — **Tenison Colleni**. Myoma uteri removed by pan-hysterectomy. *The British gynecological Journal*, Londres, février 1898, p. 454. — **Quénu**. De l'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 21 avril 1898, p. 422. — **Weill (L.)**. Beitrag zur Myomotomie. *Centr. f. Gynæk.*, 1898, n° 20, p. 521. — **Wilmer Krusen**. Conservative surgical treatment of uterine fibroids. *The Amer. gyn. a. obst. J.*, 1898, n° 4, p. 460. — **Williams**. Chorio-epithelioma, the so-called deciduoma malignum. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 437. — **William Alexander**. Enucleation of uterine fibroids. *The British gynæcological Journal*, Londres, mai 1898, p. 47.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. AFFECTIONS NON-NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Barnsby**. Appendicite d'origine annexielle. *Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1898, p. 419. — **Bucknam**. Catarrhal salpingitis. *American J. Obstetr*, 1898, p. 606. — **Brink**. Bedingunden der Enstehung peritoneale Adhäsionen durch Brandschorfe. *Zeitsch. für Geb. und Gynæck.*, 1898, t. 38, p. 276. — **Jacobs**. Trois cas de péritonite tuberculeuse guéris par la laparotomie exploratrice. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. IX, 1897-98, p. 10. — **Ozenne**. De la syphilis tertiaire des ovaires. *La Semaine gynéc.*, 1898, p. 195. — **Pichevin**. A propos du traitement opératoire des salpingo-ovarites. *La Semaine gynécologique*, Paris, p. 131. — **Pozzi**. De la colpotomie dans les suppurations pelviennes. *La Semaine gynécologique*, Paris, 17 mai 1898, p. 153. — **Schwamm**. Ueber einen acht Jahre beobachteten Fall von geheilter Peritonealtuberkulose. *Arch. f. Gynæk.*, 1898, Bd. LVI, Hft. I, p. 47. — **Stone**. Left tubo-ovarian abscess, uterus and omentum. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 527. — **Van Hasselt**. Péritonite gonococcique : paramétrite. *Bulletin de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. IX, p. 3. — **Wesley Bovée**. Tubo-ovarian hæmorrhage ressembling

ruptured ectopic pregnancy. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, mai 1898, vol. XII, p. 593. — **Winckel.** Behandlung der von den weibl. Genitalien ausgehenden Bauchfellentzündung. *Deutsch. Mediz. Zeitung*, 1898, p. 469.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, OVARIOTOMIE. — **André.** Note sur les accidents des kystes ovariques doubles. Gangrène d'un kyste par compression due à un deuxième kyste. *Bull. de la Soc. anatomique de Paris*, avril 1898, fasc. nº 7, p. 234. — **Boursier (A.)** et **Monod (E.).** Contribution à l'étude des kystes muco-dermoïdes de l'ovaire. *La Gynécologie*, 1898, p. 204. — **Carl Henning.** Die Schicksale der einkammerigen Eierstockskystome. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 18, p. 457. — **Cestan** et **Petit.** Note sur un cas de cysto-carcinome papillaire de l'ovaire. *Semaine gynécologique*, Paris, 5 avril 1898, p. 107. — **Cheyne (Watson).** Two cases of oophorectomy for inoperable breast cancer. *Brit. med. J.*, 1898, t. 1194. — **Doran (A.).** Ovarian tumours simulating inflamed ovaries, including a case of ovarian myoma. *Edinb. med. J.*, 1898, I, 449. — **Falk (Edm.).** Ueber primare epitheliale Neubildungen der Eileiter (Eileiterkrebs). *Berl. klin. Woch.*, 1898, p. 554 et 576. — **Finor.** De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. *La Semaine gynécologique*, Paris, 10 mai 1898, p. 146. — **Fraenkel.** Placentarpolypen der Tube. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LV, Hft. 3, p. 713. — **Herbert R. Spencer.** Incarcerated ovarian dermoïd obstructing Labour : ovariotomy during Labour. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1898, vol. XL, p. 141. — **Jesset.** Case of cystic sarcoma of ovary : operation and recovery. *The British gynæcological Journal*, Londres, mai 1898, p. 7. — **Lacy Firth.** A case of ovariotomy in which a primary ovarian and six omental dermoïd cysts were removed. *Lancet*, 1898, I, 1246. — **Mauclaire** et **Pilliet.** Kyste dermoïde de l'ovaire droit. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1898, fasc. nº 7, p. 286. — **Rossa.** Ueber accessorisches Nebennierengewebe im Ligamentum latum und seine Beziehungen zu der Cysten und Tumoren der Ligaments. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LXI, Hft. 2, p. 296. — **Robert Boxall.** Incarcerated ovarian dermoïd ; Cæsarean section, and removal of tumour at the end of the first stage of labour. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1898, vol. XL, p. 25. — **Rudolph.** Beitrag zu den Fibromen der Tube. *Arch. für Gynæk.*, 1898, Bd. LVI, Hft. 1, p. 83. — **Sarwey.** Ein Fall von retroperitonealer Chyluscyste bei einem 11 jährigen Mädchen ; Exstirpation, Heilung. *Centrabl. f. Gyn.*, 23 avril 1898, p. 407. — **Strobell.** Salpingo-oophorectomy by the infra-pubic route. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 510.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Brockman.** Treatment of extra-uterine pregnancy. *Annals of Gynecology and Pædiatry*. Boston, avril 1898, p. 487. — **Jesset.** Case of extra-uterine fœtation ; operation ; recovery. *The British gynæcological Journal*, Londres, mai 1898, p. 2. — **Juvinka.** Extra-uterine Schwangerschaft, Laparotomie, lebender Kind, Genesung der Mutter. *Centralb. f. Gyn.*, 2 avril 1898, p. 333. — **Otto Falk.** Zweimälige Laparotomie wegen recidivirter Tubengravidität. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1898, t. 38, p. 270. — **Rochet.** Neuf observations de grossesses tubaires rompues. *Bull. de la Soc. belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, t. IX, 1898-1899, nº 2, p. 32. —

Whitney. Two specimens illustrative of the pathology of extra-uterine pregnancy. *The Boston med. a. surg. Journal*, 12 mai 1898, p. 444.

ORGANES URINAIRES. — **Bosse**. *Primäre Carcinom der Urethra beim Manne u. beim Weibe*. In. Diss. Göttingen, 1897. — **Chambers**. Nephectomy. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, mai 1898, vol. XII, p. 623. — **Ferguson**. Uretero vaginal and uretero abdominal fistulæ. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, mai 1898, vol. XII, 629. — **Fisichella** (**V**.). La sifilide tardiva dell' uretra muliebre. *Reforma medica*, 14 mai 1898, p. 422. — **Griffault**. Extraction d'un volumineux calcul urinaire développé dans le vagin. *Poitou médical*, 1er avril 1898, p. 77. — **Hennig**. Blasenscheidenfistel und Blasenkatarrh. *Arch. f. Gyn.*, Bd LVI, Hft. 2, p. 280. — **Howard A. Kelly**. Ureteral anastomosis. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, juin 1898, vol. XII, p. 275. — **Laroyenne**. Traitement opératoire de la cystocèle. — Cystopexie guidée par le doigt introduit dans la vessie. *La Semaine gynéc.*, 1898, p. 123. — **Nicodemi**. Contributo clinico al Trattamento delle fistole vesico-vaginali. *Riforma medica*, 1898, p. 73.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Boldy** (**H. J**.). Foreign bodies accidentaly left in the abdominal cavity during the course of cœliotomies. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, n° 4, p. 431. — **Bozetti**. 303 laparotomies. *La Semana medica*, Buenos-Aires, 1898, p. 77. — **Brothers**. Retrospect of fifty consecutive intraperitoneal operation .with soms reflection. *Medical Record*, New-York, 30 avril 1898, p. 624. — **Condamin**. De la péritonisation des surfaces cruentées et des pédicules intra-abdominaux. *La Semaine gynécologique*, Paris, 29 mars 1898, p. 97. — **Cordier**. Peritoneal irrigation and drainage. *Annals of gyn. a. ped.*, juin 1898, p. 676. — **Delagénière** (**H**.). Nouvelle technique du drainage de la cavité péritonéale. *Bull. Soc. Chir.*, 1898, p. 358. — **Keiffer**. De la valeur du drainage de la cavité abdominale après les interventions opératoires sur les organes pelviens. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, t. IX, 1897-98, p. 16. — **Thomson**. Zur Erleichterung der Technik bei Operationen im kleinem Becken nach Bauchschnitt. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 24, p. 642. — **Tuttle** (**A. H**.). Notes on abdominal surgery with report of cases. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1898, n° 8, p. 561.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Devoir**. La présentation du front. *Courrier médical*, 1898, n° 20, p. 153. — **Huppert**. Die Bedeutung der Walcher'schen Hängelage. *Arch. für Gynæk.*, 1898, Bd. LVI, Heft 1, f. 179. — **Mueller** (**A**.). Ueber Hinterhauptslagen und Scheitellagen. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. VII, p. 534. — **Tucku**. Birth of the secundies. *The American gynecologial and obstetrical Journal*, New-York, mai 1898, vol. XII, 569, 767.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Dittel**. *Die Dehnungzone des schwangeren u. kreissenden Uterus*. Wien, 1898, Denticke. — **Heil**. Giebt es eine physiologische Pulsverlangsammung im Wochenbett. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LVI, Hft. 2, p. 265. — **Herzog**. Study of an early placenta *in situ* obtained from the liwing. *The Am. gynec. a obst. J.*, 1898, n° 4, p. 411. —

Kalmus. Ueber den Werth der bisherigen Temperaturmessungen im Wochenbett. *Cent.f. Gyn.*, 1898, nº 19, p. 497. — **Schatz**. Die Gefässverbindungen der Placentarkreislaüfe eineiger Zwillinge, ihre Entwickelung und ihre Folgen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LV, Hft. 3, p. 435. — **William Lusk**. Remarks on a frozen section of the first stage of labour. *British med. Journal*, Londres, 11 juin 1898, p. 1506.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Grusdew** et **Palatebnow**. Fall von Hydramnios bei Drillingschwangerschaft. *Cent.f. Gyn.*, nº 25, p. 664.

DYSTOCIE. — **Bojd**. Pregnancy and Labor complicated by Anterior Fixation of the uterus. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, nº 4, p. 437. — **Braun-Fernwald**. Wiederholter Kaiserschnitt in einem Falle hochgradiger Spondylolisthesis. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 19, p. 489. — **Brünings**. Ueber Geburtsstorungen durch Tumoren. *Monatsschr. f. Geb., u. Gyn.*, 1898, Bd. VII, p. 512. — **Heidenhain**. Zwei konservative Kaiserschnitte mit querem Funduschnitt wegen osteomalischer Beckenenge. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 24, p. 633. — **Klien**. Zur Casuistik der Geburt beim kyphotischen Becken. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LVI Hft. I, p. 41.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Beckmann**. Beitrag zur Graviditas interstitialis. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVIII, Hft. 3, p. 471. — **Bouilly**. Notes sur la grossesse extra-utérine tirées de l'analyse de 50 observations personnelles. *La Semaine gynécologique*, Paris, 24 mai 1898, p. 162. — **Cooke Hirst**. The history of pain and the menstrual history of extra-uterine pregnancy. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 481.— **Doléris**. Grossesse extra-utérine tubo-abdominale. *La Gynécologie*, 1898, p. 235. — **Dorland**. Repeated extra-uterine pregnancy. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 487, 517. — **Goëbel**. Beitrag zur Anatomie und Aetiologie der Graviditas tubaria an der Hand eines Präparates von Tubarmole. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LV, Hft. 3, p. 658. — **Jacobs**. Deux cas de grossesse extra-utérine. *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst*, t. IX, 1897-98, p. 8. — **John Swift**. Two cases of extra-uterine pregnancy, one at full term. *The Boston med. a. surg. Journal*, 12 mai 1898, p. 441. — **Taylor (John W.)**. On extra-uterine pregnancy. *Lancet*, London, 1898, I, 1739. – **Taylor (J.)**. Tubal pregnancy and its earlies complications. *The British gynæcological Journal*, Londres, mai 1898, p. 75. — **Lafarelle**. Grossesse extra-utérine. *Gazette hebdomadaire des Sc. médicales de Bordeaux*, 1898, p. 189. — **Maudl** et **Schmidt**. Beitrage zur Aetiologie und patologische Anatomie der Eileiterschwangerschaften. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. 2, p. 40. — **Zangemeister**. Drei Falle von wiederholter Extrauteringravidität bei derselben Frau. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVIII, Hft. 3, p. 404.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Carl Hochsinger**. Ueber Syphilis der Föten und Neugeborenen. *Wiener med. Presse*, 1898, nº 21, p. 839. — **Doléris**. Prolapsus congénital combiné à l'allongement hypertrophique de l'utérus et spina-bifida chez le nouveau-né. *La Gynécologie*, 1898, p. 220. — **Fry**. The treatment of asphyxia neonatorum by the hypodermate injectioni of strychnia. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 470. — **Mangoldt**. Ueber einen Fall angeborener Gliederverkkrümmung. *Arch. für Gynæk.*, 1898, Bd. LVI, Hft I, p. 54. — **Reynolds**. A study of the Ana-

tomy of the New-born. *American J. of Obstetrics*, 1898, p. 593. — **Sauer**. *Die sogen. angeb. Verschlüsse der einfachen weiblichen Genitalcanales auf Grund der gesammten einschlägigen Literatur*. In. diss. Freiburg, 1898, Waibel. — **Schaller**. Zur Frage der Harnsekretion des Fœtus. *Centralb. f. Gynæk.*, 2 avril 1898, p. 321.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Arens**. Beitrag zur Decapitation. *Arch. für Gynæk.*, 1898, Bd. LVI, Hft 1, p. 87. — **Barton-Cooke**. The comparative value of celiolhysterotomy in cases requiring a Cæsarean section. *Americ. J. of Obstet.*, 1898, p. 577. — **Caruso**. Del taglio cesareo sul fondo col processo proprio. *Arch. di Ostetricia e Ginecol.*, 1898, nº 4, p. 208. — **Erb**. Cæsarean section. *The Boston med. and surg. Journal*, 14 avril 1898, t. I, p. 346. — **Fensterer**. Cesarean section. *American J. of Obstet.*, 1898, p. 621. — **Hecking**. Sectio Cæsarea conservativa und Gonorrhœ. *Arch. für Gynæk.*, 1898. Bd. LVI, Hft. 1, p. 129. — **Hirst**. Two Cæsarean sections. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 517. — **Mueller (A.)**. Zur Technik der Wendung aus Kopflagen. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 25, p. 660.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Albert**. Beiträge zur Pathologie der Placenta. *Arch. für Gynæk.*, 1898, Bd. LVI, Hft. 1, p. 135. — **Arthur**. Retained Fœtus ; Clinical history of cases ; autopsy. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1898, nº 8, p. 587. — **Bode u. Schmorl**. Ueber Tumoren der Placenta. *Arch. für Gynæk.*, 1898, Bd. LVI, Hft. 1, p. 73. — **Brünings**. Tetanus uteri und drohende Uterusruptur. *Centralblatt f. Gynækologie*, 1898, p. 369. — **Call (Emma-H.)**. Fibroid tumors as a complication of pregnancy. *Boston med. and surg. J.*, 1898, I, 564. — **Coe**. Pregnancy and fibroid tumors. *Medical News*, juin 1898, p. 705. — **Dischler**. Ueber subperitoneales Emphysem nach Ruptura uteri. *Arch. für Gynæk.*, 1898, Bd. LVI, Hft. 1, p. 199. — **Draghicescu si Cristeanu**. Retentre si putrefactie a fœtului de 4 1/2 luni. *Revista de Chirurgie,* Bucares, 1898, nº 1, p. 13. — **Ebright**. Prophylaxis of puerperal sepsis in country pratice. *American J. of Obstet.*, 1898, p. 604. — **Edward P. Davis**. Eclampsia, antepartum and post partum. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 476. — **Frank A. Stahl**. Some observations on the treatment of ante-mature labors, especially of abortion. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, mai 1898, vol. XII, p. 602. — **Frank E. Lock**. Treatment of post-partum hemorrhage. *Medical News*, N.-Y., 16 avril 1898, p. 488. — **Hadfield**. Placenta prævia with malformed fetus. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 508. — **Hyrup. Pedersen**. Post-abortive sepsis with report of cases. *Annals of gynecology and pædiatry*, Boston, avril 1898, p. 481. — **Mercer Sprigg**. Puerperal infection and its prevention. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 491. — **Merlin**. Accès éclamptiques chez une femme enceinte de sept mois. *Poitou médical*, 1er avril 1898, p. 80. — **Parke (W.-E.)**. The puerperium complicated by typhoid fever. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, nº 4, p. 449. — **Porter**. Prophylaxis of puerperal sepsis. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, avril 1898, p. 496. — **Roland**. Placenta d'une femme albuminurique. *Poitou médical,* 1er avril 1898, p. 75. — **Satullo**. Studio anatomo sperimentale sull'infarto della placenta in relazione colle malattie infettive della madre. *Arch. di Ostetricia e Ginecol.*, 1898, nº 4, p. 193. — **Sava**. La fasciatura piramidale dello addome nella cura della emorragia

post-partum da inerzia uterina. *Annali di Ost. e Ginec.*, mai 1898, p. 287. — **Schmid.** *Behandlund der Blütungen nach dem Abortus.* In. diss. Tübingen, 1897. — **Singer.** Thrombose und Embolie im Wochenbett. *Arch. für Gynaek.*, 1898, Bd. LVI, Hft. 1, p. 218. — **Smith.** Treatment of early abortion by the general practitioner. *American J. of Obstetrics*, 1898, p. 602. — **Solowij.** Konservativer Kaiserschnitt mit Kastration bei Osteomalakie. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 25, p. 657. — **Van Hasselt.** Fibromyôme et grossesse. *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, t. IX, 1897-1898, p. 6. — **Vitanza.** Se i dilatation sono da preferirsi alle incisioni del collo dell' utero nel parto forzato in donne agonizzanti per eclampsia. *Archivio di Ostet. e Ginec.*, mai 1898, p. 257. — **Wallace Briggs.** The abortive treatment of puerperal affections. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, mai 1898, vol. XII, p. 762. — **Walther.** *Ein Fall v. Graviditāt bei Uterus Carcinom* In. diss. Tubingen, 1897. — **Wendt.** Ein Beitrag zur Lehre vom Icterus gravis in der Schwangerschaft und zur Eklampsie. *Arch. für Gynæk.*, 1898, Bd. LVI, Hft. 1, p. 104.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Halm.** Zur Tamponade des puerperalen Uterus nach intrauterinen Eingriffen. *Centrabl. f. Gynæk.*, 1898, p. 376. — **Hammond.** A study on the action of Quinine in one hundred case of labor. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, nº 4, p. 468.

VARIA. — **Arcangelis.** Un caso di imene atipico. *Arch. di Ostetricia e Ginecologia*, 1898, nº 4, p. 197. — **Bidone.** Differenze fra sangue fetale e sangue materno nelle anemie gravi delle gestanti. *Riforma Medica*, 1898, p. 109. — **Claudius Henry Mastin.** Maternal impressions and their influence upon the fœtus *in utero*. *Medical News*, N.-Y., 3 avril 1898, p. 422. — **Döderlein.** *Leitfaden f. den geburtshilflichen Operations Kurs*, 3e Aufl, Leipzig, 1897, Georgi. — **Fischer. Dückelmann.** *Die Geburtshilfe vom physatrischer Standpunkt.* Strasbourg, 1898, Bermühler. — **Gampert et de Seigneux.** Rapport sur le service d'accouchements à domicile du dispensaire des médecins de Genève. *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1898, nº 5, p. 249. — **Heideken.** Exstirpation des os coccygis bei lumbosacralkyphotischen Becken, complicirt durch Ankylose der Steisbeins. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LVI, Hft. 2, p. 288. — **Kober.** *Schwangerschaft Geburt. u. Wochenbett nach anteflexierenden Operationen.* In. Diss. Breslau, 1898. — **Max Graefe.** *Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenkrankheiten u. Geburtshilfe*, Bd. II, Hft. 5, Halle, 1897. — **Runge.** *Lehrbuch der Geburtshulfe.* L. Aufl., Berlin, 1898, Springer. — **Wallace.** A device to simulate the fetal heart sounds in obstetric manekin instruction. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, 28 avril, p. 506.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Août 1898

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA PUÉRICULTURE PENDANT LA GROSSESSE

Par le professeur **Adolphe Pinard.**

Dans une note parue en 1895, j'essayais de montrer l'influence du repos chez la mère, pendant la grossesse, sur le développement de l'enfant. Pour cela je donnais le poids moyen de 500 enfants nés de mères ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement et le poids moyen de 500 enfants nés de mères reposées et soignées pendant la fin de leur grossesse (dix jours au moins) et je faisais observer la différence considérable en plus observée chez ces derniers (1).

Mon interprétation de ces faits fut contestée et l'on m'objecta, sans preuves à l'appui il est vrai, que le repos de la mère pendant la grossesse n'avait que peu ou pas d'influence sur le développement de l'enfant et que le poids des nouveau-nés dépendait surtout de la taille des parents.

J'apporte aujourd'hui d'autres constatations qui peuvent servir à élucider cette question qui me semble avoir une importance considérable.

Je ne veux envisager ici qu'un des nombreux facteurs ayant

(1) In *Bulletin de l'Académie de médecine*, 26 novembre 1895, et in *Revue d'hygiène*.

une influence sur le développement du produit de conception. Je laisserai volontairement de côté tout ce qui est relatif aux questions de *semence* et de *terrain* avant la conception ou au moment où elle se produit (1). Je n'étudierai pas davantage l'influence des maladies de l'organisme maternel pendant la grossesse, ni celle des rapports pathologiques des éléments de l'œuf humain sur le développement du fœtus.

Toutes choses égales d'ailleurs, je veux simplement aujourd'hui démontrer que *la grossesse a d'autant plus de chance d'évoluer normalement, et le fœtus de se développer d'une façon plus naturelle et plus complète que la femme se trouve placée pendant la gestation dans des conditions particulières*. Et d'autre part que *toute femme enceinte surmenée est exposée à accoucher avant terme*.

Je sais que des dispositions particulières de l'œuf peuvent atténuer ou augmenter ce danger, mais je ne puis étudier toutes ces questions aujourd'hui. En résumé, je ne cherche à établir dans cette note qu'un seul point : L'influence de la manière d'être de la femme pendant la grossesse sur le développement du fœtus.

M. le Dr François-Charles Bachimont (2), d'après notre conseil, a recherché quel est le poids moyen des enfants chez les femmes :

1° Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse ;

2° Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse dans la station debout ;

3° Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse dans la station assise ;

4° Ayant travaillé pendant toute la durée de la grossesse, assises, mais en faisant mouvoir les jambes ;

---

(1) Je traiterai ce point ultérieurement, car il est nécessaire, à mon avis, de diviser l'histoire de la puériculture en trois chapitres : 1° puériculture avant la formation (semence et terrain ; 2° puériculture pendant la grossesse ; 3° puériculture après la naissance.

(2) *Documents pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine*. Paris, G. Steinheil, 1898.

5° Ayant eu une période de repos pendant deux ou trois mois ;

6° Ayant eu une période de repos dépassant trois mois.

Ces documents ont été recueillis soit à la clinique Baudelocque, soit à la maternité de Tourcoing.

Les tableaux ci-dessous donnent le résumé de ces recherches.

NOMBRE	PRIMIPARES	AGE MOYEN	POIDS MOYENS
391	Primipares ayant travaillé debout jusqu'à l'accouchement	25,67	2 k. 931
144	Primipares ouvrières de filature ayant travaillé debout jusqu'à l'accouchement	20,53	2 k. 988
54	Primipares ménagères, couturières de la Maternité de Tourcoing	21,58	3 k. 030
219	Primipares ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	22,54	3 k. 097
22	Primipares machinistes ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	24,59	2 k. 950
298	Primipares s'étant reposées de deux à trois mois.	22,58	3 k. 291
199	Primipares s'étant reposées plus de trois mois.	22,70	3 k. 255
197	Primipares s'étant reposées	22,64	3 k. 255

NOMBRES	MULTIPARES	AGE MOYEN	POIDS MOYENS
523	Multipares ayant travaillé debout jusqu'à l'accouchement	28,83	2 k. 116
80	Ouvrières de filature ayant travaillé jusqu'à l'accouchement	25,34	3 k. 114
70	Multipares ménagères, couturières de la Maternité de Tourcoing	27,32	3 k. 323
388	Multipares ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	29,67	3 k. 303
55	Mécaniciennes ayant travaillé assises jusqu'à l'accouchement	28,80	3 k. 201
301	Multipares s'étant reposées de un à trois mois.	27,43	3 k. 457
234	Multipares s'étant reposées plus de trois mois.	26,90	3 k. 457
531	Multipares s'étant reposées	27,17	3 k. 457

Ce tableau récapitulatif, qui porte sur 4,445 observations,

démontre, il me semble, avec une rigueur mathématique l'influence du repos ou de la fatigue pendant la grossesse sur le poids du produit de conception puisqu'il fait voir qus *le poids de l'enfant d'une femme qui s'est reposée deux à trois mois est supérieur d'au moins 300 grammes à celui de l'enfant d'une femme qui a travaillé debout jusqu'à l'accouchement.*

Pouvons-nous maintenant expliquer le pourquoi de cette différence, pourquoi les enfants sont plus développés chez les reposées et plus petits chez les surmenées ?

L'explication me paraît très simple : les enfants des reposées sont plus développés parce que chez elles la grossesse a eu une durée normale, tandis que les enfants des surmenées sont moins développés parce que la durée de la grossesse a été interrompue. En un mot, la période d'incubation est normale chez les premières, elle est incomplète chez les secondes.

Mais, me dira-t-on, pourquoi la grossesse a-t-elle eu une durée normale chez les unes alors qu'elle est interrompue chez les autres ?

Je réponds : parce que l'utérus gravide doit surtout se développer dans la cavité abdominale et que toute cause qui tend à le faire pénétrer dans l'excavation dans les derniers mois de la grossesse expose à une expulsion prématurée. Or la fatigue, la station debout ne peuvent que faire descendre l'utérus.

Depuis longtemps cette chose a été dite : la fécondation est pelvienne, la grossesse est abdominale. Je vais essayer de prouver la véracité de cette assertion en démontrant que chez les femmes qui ont un bassin vicié et chez qui par conséquent l'utérus reste fatalement dans la cavité abdominale, la durée de la grossesse est plus souvent normale que chez les femmes qui ont un bassin bien conformé.

Ce point a été déjà étudié par le D[r] F. La Torre (1). Réfutant l'opinion de Fasola, cet auteur démontre, en s'appuyant sur la statistique de Rigaud et sur la sienne, que l'accouchement préma-

(1) F. LA TORRE. *Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié*, 1887.

turé est moins fréquent dans les bassins mal conformés que dans les bassins normaux, et il est évident, dit-il, « que le bassin rétréci loin de favoriser l'expulsion prématurée de l'œuf, semblerait éloigner au contraire plusieurs facteurs pathogéniques ».

Et il ajoute plus loin : « Le poids moyen des fœtus à terme conçus dans les bassins rétrécis doit non seulement être considéré comme égal à celui des fœtus à terme conçus dans les bassins normaux, *mais assez souvent il est supérieur.* »

Et après avoir fait ces constatations il formule les conclusions suivantes :

1° « Les sténoses pelviennes, sous quelque point de vue qu'on les envisage, n'accusent aucune influence sur la durée de la gestation.

Il semblerait au contraire qu'elles éloignent certaines conditions favorables à l'expulsion prématurée de l'œuf.

2° « L'accouchement avant terme spontané est en général plus fréquent chez les sujets bien conformés que chez ceux atteints de malformation pelvienne;...

3° « Le produit de la conception acquiert le même développement en poids et en volume dans les bassins viciés et dans les bassins bien conformés. »

La Torre a entrevu une partie de la vérité, mais non la vérité entière; il faut dire : *Le poids moyen des enfants conçus dans les bassins rétrécis est supérieur à celui des fœtus conçus dans les bassins normaux.*

La preuve de cette assertion se trouve dans le tableau ci-dessous qui contient le poids des enfants de cent femmes ayant un bassin assez vicié pour avoir nécessité la symphyséotomie.

On peut dire après l'avoir examiné que chez ces cent femmes symphyséotomisées le poids moyen des enfants est de 3.350 à une fraction infinitésimale près.

Ce poids est supérieur au poids moyen, je n'ai pas à le rappeler ici.

Poids des enfants de cent femmes symphyséotomisées (1).

1... 3.350	26... 3.220	51... 1.900	76... 3.110
2. . 4.630	27... 3.820	52... 3.770	77... 3.580
3... 2.730	28... 2.830	53... 3.030	78... 3.210
4... 3.110	29... 3.570	54... 3.615	79... 3.650
5... 3.300	30... 3.080	55... 2.480	80... 3.250
6... 4.000	31... 3.400	56... 3.850	81... 3.500
7... 3.200	32... 3.590	57... 2.950	82... 4.070
8... 3.220	33... 3.380	58... 3.020	83... 3.380
9... 3.750	34... 2.920	59... 3.200	84... 3.480
10... 3.650	35 .. 3.660	60.. 3.160	85... 3.000
11... 3.300	36... 2.870	61... 4.960	86... 3.250
12... 3.180	37... 3.320	62... 3.440	87... 3.825
13... 2.800	38... 2.950	63... 3.980	88... 4.750
14... 3.390	39... 3.340	64... 3.120	89... 3.370
15... 2.950	40... 2.810	65... 3.400	90... 3.060
16... 3.900	41... 3.580	66... 3.720	91... 4.180
17... 3.730	42... 3 590	67... 3.070	92... 3.400
18.. 3.700	43... 2.590	68... 3.680	93... 3.710
19... 1.700	44... 3.120	69... 3.480	94... 3.060
20... 3.260	45... 3.170	70... 3.960	95... 3.020
21... 3.770	46... 2.230	71... 2.945	96... 2.400
22... 3.730	47... 2.310	72... 3.200	97... 3.620
23... 2.520	48... 3.070	73... 3.500	98... 4.050
24... 3.170	49... 3.260	74... 4.050	99... 5.200
25... 3.020	50... 3.660	75... 2.940	100... 3.050

Poids total : 3.349.95.

Il me semble qu'on ne peut guère m'objecter l'influence de la taille de la mère, car presque toutes ces femmes ont une taille au-dessous de la moyenne et quelques-unes sont de véritables naines. Et si quelques-unes de cesfemmes se sont reposées pendant leur grossesse, il en est beaucoup qui ont travaillé jusqu'au moment de l'accouchement.

(1) Cette statistique comprend 93 femmes symphyséotomisées à la Clinique Baudelocque et sept femmes symphyséotomisées par le Dr Lepage dans son service.

Donc, je pense qu'il est difficile de posséder une preuve plus démonstrative de la nécessité pour l'utérus de rester dans la cavité abdominale pendant toute la grossesse, pour que la durée de cette dernière soit normale.

Ainsi se trouve expliquée l'influence du repos ou du surmenage pendant la grossesse sur le développement du produit de conception.

Nous savons enfin quelles sont dans bien des cas les conditions qui peuvent faire naître un enfant à terme ou prématurément. Est-il nécessaire d'insister pour montrer combien cette connaissance est importante ? Est-il indifférent pour un enfant de naître à terme ou prématurément ?

Avec les progrès réalisés depuis quelques années dans l'hygiène de la première enfance, l'on a pu croire un moment qu'il serait indifférent pour un enfant, de naître prématurément ou tempestivement, à terme ou avant terme. Certains accoucheurs ont même conçu l'espoir de faire reculer au delà du sixième mois l'époque de la viabilité des fœtus en employant la couveuse, le gavage, l'oxygène, etc., etc.

Les faits n'ont pas tardé à démontrer combien cette idée est fausse, combien cet espoir est vain. Ils ont démontré et ils démontrent chaque jour que plus le fœtus est expulsé prématurément, plus il est exposé à l'infirmité, à la maladie, à la mort.

« Sachant, dit le Dr Bachimont, que des sacrifices considérables avaient été consentis pour installer à la Maternité, un établissement consacré aux prématurés ou débiles, sachant que là rien ne manque à ces petits êtres : installation confortable, air pur oxygéné, alimentation convenable, direction scientifique éclairée, etc. etc., nous avons demandé à M. le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique, M. Peyron, l'autorisation de publier la statistique administrative de cet établissement, c'est-à-dire de compléter ce qu'a commencé, dans un travail des plus remarquables à tous égards, Mme Henry, la sage-femme en chef de la Maternité, la première fondatrice, du reste, de cette institution.

Voici ces résultats.

Mouvement de la population des enfants débiles depuis l'ouverture du service jusqu'au 31 décembre 1897.

	DU 20 JUILLET AU 31 DÉCEMBRE 1893	1894 —	1895 —	1896 —	1897 —
Existant le 1er juin....	»	44	50	12	37
Entrées dans le courant de................	211	519	395	345	354
Totaux des excédents et des décès..........	211	563	445	377	391
Sorties..............	80	261	175	99	74
Décédés.............	87	252	258	241	292
Totaux des sorties et des décès.............	167	513	433	340	366
Restant le 31 décembre.	44	50	12	37	25
Nombre de journées de traitement..........	4.969	13.261	13.007	12.216	12.303
Moyenne par enfant (séjour)..............	23.5	23.5	29.3	32.6	34.1
Décès pour cent.......	41.23	44.75	59.97	61.2	70.4

Et dans quel état se trouveraient la plupart de ceux qui n'ont pas succombé? On peut le résumer en disant : ils sont sortis non morts.

Ces résultats lamentables, enregistrés dans les meilleures conditions, ne montrent-ils pas que cette voie n'est pas la bonne et qu'il faut en chercher une autre.

Ce qu'il faut, c'est empêcher les enfants de naître prématurément, et on le peut dans bien des cas.

Aussi ne saurions-nous trop applaudir et soutenir la conclusion de la thèse du Dr Bachimont :

« *Au point de vue de l'humanité, au point de vue de l'augmentation de la population, au point de vue de l'évo-*

lution de la race française, il est nécessaire, il est urgent que les pouvoirs publics interviennent pour protéger la femme enceinte pendant les trois derniers mois de sa grossesse et le fœtus pendant les trois derniers mois de sa vie intra-utérine. »

DU SPHACÈLE DES FIBROMES INTERSTITIELS DE L'UTÉRUS

Par Vautrin
Professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

Une récente discussion à la Société de chirurgie a appelé l'attention sur le sphacèle des fibromes intra-utérins et sur les dangers de leur thérapeutique. Les opinions émises ne diffèrent pas de celles de tous les opérateurs ; les faits apportés au débat sont de pratique courante : il n'y a donc pas matière à longue dissertation sur ce sujet. Un petit coin de la question du sphacèle des fibromes n'a peut-être pas été assez fouillé et mis à jour, je veux parler de la pathogénie et de l'histoire clinique du sphacèle des tumeurs fibreuses incluses dans les parois de l'utérus. Je désire me servir de quelques faits que j'ai observés, pour étudier ce point spécial de pathologie utérine.

Il y a longtemps déjà que Levret (*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, 1778, t. III), que Bayle (*Dict. des sciences médicales*, 1813, t. VII), puis Malgaigne (*Les polypes utérins*. Thèse d'agrégation, 1835) avaient esquissé l'évolution des fibromes interstitiels de l'utérus et montré leur tendance à se faire jour vers la cavité utérine. Ces mêmes auteurs avaient remarqué que les myômes de l'utérus, de volume et de siège si variables, étaient sujets à certaines dégénérescences parmi lesquelles on accorda, jusque vers 1835, la première place à la dégénérescence cancéreuse. Il faut arriver à Cruveilhier pour voir sombrer peu à peu les idées soutenues par Malgaigne, Dupuytren et Lisfranc, sur la transformation fréquente des

myômes en cancer. Cruveilhier eut le mérite de démontrer que le ramollissement des fibromes n'est pas le signe d'une dégénérescence cancéreuse, mais la preuve d'une modification dans la nutrition de la tumeur. La gangrène des fibromes fut dès lors admise, mais sans que l'on se préoccupât d'en rechercher les causes.

Il est reconnu depuis longtemps que les myômes à évolution intra-utérine, parvenus à l'état de polypes, c'est-à-dire appendus aux parois de la matrice par un pédicule plus ou moins grêle, sont prédisposés au sphacèle. L'insuffisance de leur vascularisation, l'allongement progressif du pédicule, la torsion ou la compression de ce pédicule, l'action ischémiante des contractions utérines et l'inflammation, sont autant de circonstances qui expliquent surabondamment la gangrène. Il n'est pas besoin même, pour que le sphacèle survienne dans les fibromes intra-utérins, que leur surface d'implantation soit réduite à un simple pédicule ; l'on voit fréquemment des tumeurs sessiles tomber en gangrène, dès que l'inflammation partie de la cavité utérine a dégénéré leur tissu et oblitéré leurs vaisseaux nourriciers. Mais si ce processus explique aisément le sphacèle des tumeurs intra-utérines, il ne saurait suffire à nous donner la clef des phénomènes de nécrobiose qui atteignent parfois les fibromes interstitiels, enfouis en plein muscle utérin, et soustraits aux influences septiques qui peuvent se manifester dans le canal utéro-vaginal.

Je ne veux pas envisager ici les différents modes de dégénérescence qui peuvent atteindre les fibromes interstitiels et qui aboutissent aux transformations myxomateuses, œdémateuses, kystiques ; il me suffit de considérer seulement le processus suivant lequel une tumeur fibreuse passe à l'état de nécrobiose ou de sphacèle. Il est des fibromes qui par leur constitution même et leurs rapports avec le tissu utérin, ne sont jamais exposés à la gangrène, ce sont ceux qui n'offrent aucune limitation nette à leur surface extérieure et dont les éléments myomateux se confondent sans démarcation avec les fibres musculaires utérines.

Cruveilhier niait l'existence de ces tumeurs, mais il est prouvé aujourd'hui qu'elles sont loin d'être rares. Au point de vue de l'évolution, ces fibromes participent de la nutrition de l'utérus lui-même et reçoivent leur vascularisation du milieu ambiant.

Il en résulte que ces fibromyômes n'ayant aucune indépendance, faisant partie intégrante de l'organe nourricier, ont une vitalité assurée et ne sont point exposés au sphacèle.

Le fibrome encapsulé, au contraire, solitaire dans une loge à parois si nettes qu'on l'a comparée maintes fois à une bourse séreuse (Cruveilhier), se présente sous un tout autre aspect. La vascularisation de ces myômes encapsulés a donné lieu à nombreuses controverses. Cruveilhier leur déniait des artères importantes et décrivait seulement autour d'eux un réseau veineux formant leur limite.

Gusserow (*Handbuchder spec. Chir. von Pitha u. Billroth*, IV Band, 4 Lief.) pensait qu'ils recevaient leurs matériaux nutritifs par l'intermédiaire d'adhérences secondaires développées vers le tissu ambiant ; enfin pour Virchow, les fibromes primitivement bien nourris par des connexions vasculaires étroites avec le tissu utérin, peuvent s'isoler peu à peu, à mesure qu'autour de leur capsule propre les vaisseaux se raréfient au milieu de lames celluleuses qui disparaissent à leur tour. Cette opinion est généralement adoptée, et l'on ne compte plus aujourd'hui les examens histologiques qui ont démontré l'existence de nombreux vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques (Dupuytren, Billroth, Lebec) dans les fibromyômes. Les recherches de Sevastopoulo (Thèse de Paris, 1875), de Lancereaux (Atlas d'anatomie pathologique), de Costes (Thèse de Paris, 1894-1895) ont surabondamment prouvé que le fibromyôme ne se développe pas « dans le tissu cellulaire des organes à la manière des entozoaires » (Cruveilhier), mais bien suivant le mode habituel des tumeurs de l'organisme, c'est-à-dire en puisant directement dans la circulation sanguine les principes nécessaires à son accroissement. Il est reconnu, d'ailleurs, que plus un corps fibreux interstitiel prend avec

l'utérus des connexions intimes, plus il est mou et gorgé de sucs nourriciers, moins il est exposé au sphacèle.

Mais rien n'est plus variable et sujet à des modifications imprévues, que la vascularisation d'un corps fibreux interstitiel. La menstruation, la grossesse, les congestions accidentelles provoquées par le surmenage, la constipation, l'inflammation si commune dans la sphère génitale, jouent un rôle des plus importants. La grossesse amène un accroissement rapide du fibrome ; la ménopause en détermine parfois l'atrophie. L'activité sexuelle de la femme, période pendant laquelle les congestions sont périodiques et intenses, influe directement sur l'accroissement des fibromes. Le développement de ces tumeurs est donc en raison directe des apports nutritifs qu'elles reçoivent ; on peut en tirer cette conclusion que le défaut de vascularisation amènera le sphacèle.

Ainsi que le faisaient remarqner encore récemment Tuffier, Quénu et Potherat, à la Société de chirurgie, le sphacèle des fibromes se produit par *ischémie* ou par *infection,* souvent par ces deux processus réunis. La gangrène par ischémie seule, indépendamment de toute infection intercurrente, est exceptionnelle dans les fibromes interstitiels. Elle existe réellement ; je n'en veux pour preuve que le fait suivant que j'ai observé récemment.

Mlle D..., âgée de 41 ans, de Nancy, atteinte de fibrome utérin depuis treize ans, m'est adressée par mon excellent collègue et ami, le docteur Remy. Cette femme, d'une bonne santé habituelle, n'avait présenté autrefois comme maladie qu'une crise de chorée à l'âge de 9 ans. Réglée à 12 ans, elle n'avait observé d'irrégularités dans la menstruation que depuis deux années. Les métrorrhagies étaient devenues fréquentes et abondantes. Depuis cinq mois, la malade perdait constamment un liquide sanguinolent, dont l'abondance devenait inquiétante à chaque époque menstruelle.

Mlle D..., depuis quelque temps, était tombée dans un état d'anémie extrême et présentait des accidents d'œdème, de dyspnée et d'épuisement général qui causaient des craintes sérieuses à son entourage. Son teint jaune paille dénotait une misère physiologique profonde, et

les débuts d'une cachexie qui devait rapidement aboutir à une crise fatale. Je décidai d'intervenir au plus tôt.

Le volume du ventre n'était pas considérable. La tumeur occupait surtout le côté droit et remontait jusqu'à peu de distance de l'appendice xiphoïde. Sa consistance ferme, sa mobilité relative et son aspect régulier indiquaient une masse fibromateuse unique. Au toucher, on trouvait un col petit, dur, et au-dessus, une tumeur globuleuse faisant relief dans les culs-de-sac antérieur et postérieur.

Il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens de la totalité de l'utérus.

Les organes paraissaient normaux. Les urines n'étaient point altérées. On notait seulement un souffle à la base du cœur.

L'opération fut pratiquée en février 1898. L'extirpation totale de l'utérus fibromateux fut exécutée suivant mon procédé habituel, qui n'est autre chose qu'une combinaison de la méthode américaine et de celle de Doyen. Il n'y eut aucune complication dans l'acte opératoire. Après la ligature des quatre pédicules vasculaires, la collerette péritonéale fut suturée au catgut et le ventre fut fermé sans drainage.

Les suites de l'opération ne furent troublées par aucun accident, et la malade pouvait rentrer chez elle guérie, moins d'un mois après l'intervention.

L'utérus extirpé avec le fibrome présentait une forme régulière, ovoïde et portait symétriquement les trompes et les ovaires extirpés en même temps. (Cette pièce anatomo-pathologique est conservée au musée de la Faculté.) Sur une section verticale et antéro-postérieure, on constatait la présence d'une masse unique, enchâssée dans le muscle utérin. Cette masse, d'aspect brun chocolat, ne ressemblait en rien à la coupe à un fibromyôme ordinaire, et cependant elle en avait la forme régulière, les rapports et même la consistance. Le couteau traversant cette tumeur, donnait la sensation d'une résistance comparable à celle que donne un fibrome demi-dur. A l'œil nu, on reconnaissait facilement la disposition caractéristique des fibres qui, par places, s'enchevêtraient en un réseau inextricable et en d'autres points se repliaient en traînées parallèles pour constituer des noyaux plus distincts, sortes de tourbillonnements bien décrits par Costes. A n'en pas douter, il s'agissait d'un fibromyôme, de consistance égale en tous ses points, d'apparence uniformément brunâtre, sans parties ramollies et sans œdème interfasciculaire. La capsule limitante très distincte, semblait séparée du tissu ambiant par un léger espace celluleux, que

la sonde cannelée parcourait sans effort en déchirant quelques maigres tractus qui constituaient les seuls moyens d'union avec les fibres utérines.

Vers le pôle supérieur de l'utérus, la paroi propre de l'organe avait son maximum d'épaisseur, environ deux centimètres ; cette lame pariétale allait s'amincissant vers le segment inférieur et postérieur où elle ne présentait plus qu'un centimètre.

Sur la coupe, on rencontrait la cavité utérine au-dessous et un peu en avant de la tumeur, séparée de celle-ci par une épaisseur de tissu de 4 à 5 millim. environ. Cette cavité, d'une longueur totale de 7 centim. 5, continuait le canal cervical en se recourbant fortement en avant ; elle était assez fortement dilatée en largeur, mais peu augmentée en longueur. La muqueuse paraissait saine, ce qui s'explique d'ailleurs parfaitement, si l'on songe que le conduit utéro-vaginal était toujours resté indemne de toute contamination, grâce à la présence de l'hymen et aux soins méticuleux de propreté dont la malade avait été constamment entourée.

Le fibrome s'était développé dans la paroi postérieure de l'utérus, sans se mettre directement en rapport avec la muqueuse, dont il était séparé par une épaisseur de tissus faible à la vérité, mais encore appréciable. Aucune trace d'inflammation ne pouvait être constatée ni sur la muqueuse, ni dans le tissu sous-muqueux. La tumeur était en nécrobiose totale, ainsi qu'il était aisé de le remarquer par contraste de sa coloration avec celle du tissu utérin. Grâce à l'absence d'éléments phlogogènes, ce fibrome encapsulé, dépourvu de toute vitalité, restait à l'état de corps étranger aseptique dans le tissu utérin, où malgré sa masse considérable (20 centim. en hauteur, 14 en épaisseur), il était parfaitement toléré.

Il est bon de reconnaître néanmoins que la présence de cette tumeur en nécrobiose, n'avait pas été sans retentir indirectement sur l'état général de la malade. Bien qu'il ne soit pas possible de dire à quelle époque le myôme avait été privé de ses moyens de nutrition, à quel moment précis il avait cessé de vivre, il est cependant important de signaler que depuis deux mois seulement la malade s'anémiait rapidement sous l'influence

de pertes sanguinolentes continuelles et prenait un teint cachectique prononcé. Faut-il attribuer cette déchéance subite aux écoulements utérins abondants, ou devons-nous plutôt accuser de cet épuisement géneral le foyer de nécrobiose et la résorption de produits en voie de désorganisation. On n'en est plus à prouver aujourd'hui l'existence et le rôle des réseaux lymphatiques dans les fibromyômes et à leur périphérie. Pourquoi, même en l'absence de toute irrigation sanguine, les lymphatiques ne continueraient-ils pas à rester perméables et à charrier du foyer nécrosique vers la circulation générale des éléments de désintégration, des principes nocifs au premier chef, puisqu'ils sont en nécrobiose ? Ceux qui ont une certaine expérience de la pathologie utérine, n'ignorent pas que certaines malades atteintes de fibromes utérins, en voie de dégénérescence graisseuse ou kystique, présentent des symptômes d'une cachexie particulière se caractérisant par de l'anémie, de l'œdème, un teint jaune paille, de l'inappétence et un certain affaiblissement général variable. Ce qui se passe dans ces cas où les tumeurs sont en voie de désagrégation ou de mortification partielle, doit s'observer *à fortiori* lorsque la totalité d'un fibrome tombe en nécrobiose. Il faut donc accorder à la résorption des principes issus du foyer gangréneux, le rôle principal dans la cachexie observée chez notre malade. Toutefois, les écoulements ont pu par leur persistance inaccoutumée, contribuer à précipiter la déchéance, de sorte que l'union des deux facteurs, adultération du sang par des produits en voie de régression et métrorrhagies, préparait les plus graves accidents.

Il est à noter qu'à partir du moment où le fibrome, privé de ses matériaux de nutrition, tombait en nécrobiose, les pertes de sang, qui jusqu'alors ne se produisaient qu'aux époques menstruelles avec une certaine abondance, devenaient tout à coup continues et affectaient un caractère spécial. Les écoulements vaginaux étaient légèrement sanguinolents, parfois aqueux, sans odeur et sans aucune septicité. Ils ressemblaient tantôt à de l'hydrorrhée, tantôt à un suintement lochial intense.

Quelle était la cause de ces pertes survenues presque inopinément ?

Faut-il l'attribuer à une altération de la crase sanguine et à des modifications de la plasticité du sang, sous l'influence de la résorption de matières nécrobiosées ? Cette hypothèse est peu plausible. Je crois plutôt à l'influence de voisinage exercée sur la muqueuse utérine par le fibrome gangréné. La présence de cette tumeur devenue corps étranger, ne pouvait aller sans une certaine irritation à sa périphérie, sans une congestion active dans les tissus environnants. D'autre part, le trouble circulatoire résultant de l'oblitération des artères destinées à la tumeur avait causé une stagnation permanente dans le réseau veineux toujours riche, juxtaposé à la capsule du fibrome. Cet œdème périphérique prédispose toujours à des écoulements abondants.

Quelle est donc la raison de cette nécrobiose d'un fibrome parvenu à un volume considérable, au centre d'un tissu utérin sain et bien vascularisé? On ne peut accuser en aucune façon l'inflammation, qui aurait du reste déterminé un sphacèle véritable, avec son cortège d'accidents septicémiques généraux et locaux. J'ai dit que la cavité utérine ne présentait aucune trace d'une infection quelconque. Nous devons donc admettre que la nécrobiose s'est produite uniquement par ischémie, sans le concours d'aucun élément microbien. Jusqu'au jour de l'opération, le fibrome est resté à l'état de foyer de nécrose aseptique. isolé de la circulation sanguine, non pas enkysté puisque les voies lymphatiques avaient dû conserver jusqu'à un certain degré leur perméabilité, mais parfaitement toléré. Que serait-il advenu dans la suite? En supposant un parfait maintien de la santé générale au point de vue d'une infection quelconque, la tumeur frappée de mort, eût pu demeurer longtemps encore inoffensive, soumise seulement aux phénomènes de dégénérescence graisseuse et de désagrégation lente, qui dans l'organisme sain finissent par avoir le dernier mot. Après quelque temps, on n'eût plus trouvé dans le muscle utérin qu'un foyer ramolli et progressivement diminué, destiné lui-même à une disparition complète.

Il est douteux que ce processus eût pu s'accomplir sans qu'un trouble intercurrent vînt compliquer la situation. Outre que les symptômes généraux d'anémie et de cachexie se fussent peut-être manifestés avec plus de violence jusqu'à préparer une issue fatale, la malade fût restée exposée au danger de la suppuration du foyer et de l'élimination consécutive.

La nécrobiose par ischémie a été rarement observée dans les fibromes interstitiels, si j'en juge par mes recherches dans les travaux des différents auteurs, presque tous muets sur ce point. Il est vrai que la pièce anatomique que je viens de décrire est une trouvaille fortuite. Peut-être la nature emploie-t-elle ce processus plus souvent qu'on ne croit, pour se débarrasser de certaines tumeurs fibreuses, qui après la ménopause, disparaissent pour ne plus laisser de traces. Si la nécrobiose de la masse totale d'un corps fibreux est exceptionnelle, il n'en est pas de même de la nécrobiose partielle que l'on observe au centre des grosses tumeurs, où la nutrition est entravée. La mortification s'y produit, dit Pozzi, en foyers, avec formation de masses molles, phymatoïdes, qui, plus tard, tombent en déliquescence et constituent des cavités ou géodes, pleines d'une bouillie plus ou moins liquide, où le sang peut se mélanger en proportion variable (Lucas-Championnière). J'ai rencontré de volumineux fibromes presque entièrement évidés par des cavités de ce genre, les unes contenant un liquide graisseux, les autres renfermant du sang ou un magma muqueux. Nul doute que dans nombre de cas où l'on note de l'œdème ou des îlots de dégénérescence graisseuse dans un fibromyôme, il ne s'agisse de phénomènes ressortissant à une ischémie partielle de la tumeur. Un grand nombre de fibromes devenus kystiques, — variétés lymphangiectasiques et télangiectasiques mises à part — ne sont autre chose que des tumeurs où la vascularisation devenue précaire, a cessé dans divers départements situés généralement au centre. L'œdème et la dégénérescence graisseuse sont donc provoqués par un trouble circulatoire, soit que ce trouble résulte d'une ischémie progressive inhérente à l'évo-

lution même du fibrome, soit qu'il découle d'une inflammation ayant amené de l'artérite ou de la phlébite oblitérantes.

Le sphacèle total d'un corps fibreux relève des mêmes causes que le sphacèle partiel. Si l'on remonte à la pathogénie du fibrome utérin et à son évolution, on comprend aisément la raison de la gangrène survenant par ischémie. D'après Klebs, Kleichenwachter, Pilliet, Meslay et Hyenne (*Annales de gynécologie*, juillet 1898), le fibromyôme doit être considéré comme se développant autour des petits vaisseaux. Sous une influence inconnue, dit Costes, certainement liée à l'activité de la circulation, un capillaire se met à proliférer. Son endothélium reste intact, mais à sa périphérie, dans l'adventice, se forme une zone de cellules embryonnaires, qui se multipliant et se développant, donnent naissance à une rangée de fibres musculaires lisses dirigées circulairement autour du vaisseau. Les cellules embryonnaires continuant leur multiplication, forment successivement d'autres couches, les plus jeunes repoussant les plus âgées vers la périphérie. Tel est le mode de formation du myôme, bien vascularisé au début de son existence.

En même temps que le vaisseau prolifère, il émet des pointes d'accroissement (Costes) autour desquelles de nouveaux nodules se forment: il s'organise, prend des dimensions plus grandes afin de suffire aux besoins de la néoformation. L'influence irritative que je viens de décrire autour d'un petit vaisseau, d'un capillaire, atteint un certain nombre de ces vaisseaux dans un même département d'irrigation sanguine, de sorte que par la réunion des nodules néoformés, il se forme assez rapidement une masse fibromateuse composée, dont la nutrition est d'autant mieux assurée que chacun de ses éléments est vascularisé séparément. Lorsqu'un grand nombre de couches musculaires, lisses se sont superposées autour du capillaire, les couches périphériques, les plus éloignées du vaisseau, ne reçoivent plus le sang en quantité suffisante pour soutenir leur vitalité; aussi les voit-on disparaître et faire place à des faisceaux de tissu fibreux.

Le fibromyôme est dès lors formé. Le développement d'une coque fibreuse autour de la tumeur, l'isole du tissu utérin

ambiant et gêne la circulation au point de l'entraver complètement, lorsque les vaisseaux pénétrant dans les nodules sont entourés et étouffés par une gaine inextensible. Les tumeurs d'accroissement rapide, riches en vaisseaux sanguins, sont composées presque uniquement de fibres musculaires lisses et gardent une consistance molle. Au contraire, les tumeurs dures, de nutrition ralentie, sont exposées aux dégénérescences diverses et au sphacèle. C'est à la dégénérescence fibreuse des myômes, à la formation d'une capsule fibreuse qui les rend peu à peu indépendants du tissu ambiant comme rapport intime et comme nutrition, qu'il faut attribuer le sphacèle partiel et le sphacèle total. On explique ainsi parfaitement la fréquence des divers modes de dégénérescence observés dans les fibromes de l'utérus et la rareté de la nécrobiose totale. Pour que ce phénomène soit observé, il est nécessaire que la vascularisation de la tumeur soit suspendue d'emblée et que les différentes artères qui l'irriguent soient oblitérées en même temps. Cela ne peut guère se produire que dans les cas exceptionnels où la tumeur interstitielle est nourrie à l'instar d'un myôme pédiculé, par un ou plusieurs gros vaisseaux juxtaposés. L'oblitération des vaisseaux nourriciers, lorsqu'elle ne résulte pas d'un processus inflammatoire et septique, ne peut s'expliquer que par l'action progressivement constrictive et anémiante du tissu fibreux, ou par les contractions répétées du muscle utérin cherchant à rejeter de son milieu le fibrome dont il s'est isolé. Le rôle de ces contractions utérines ne saurait être discuté, puisqu'il est d'observation clinique courante qu'un fibromyôme primitivement interstitiel se trouve refoulé en peu de mois vers la surface péritonéale ou vers la cavité utérine, au point de se pédiculiser et de perdre tout point de contact avec le tissu où il a pris naissance. La contraction utérine s'exerçant à la périphérie du fibrome, ne se fait pas sentir avec une force égale en tous les points de sa surface, puisque l'épaisseur de la partie active du muscle est variable.

Lorsque la tumeur est plus rapprochée de la muqueuse, les efforts des contractions la sollicitent vers la cavité utérine; mais le déplacement en ce sens ne se fait pas avant que la lame

des fibres musculaires lisses qui double la muqueuse n'ait été forcée et réduite à néant. Aussi longtemps qu'elle résiste, le fibrome subit dans sa loge l'effet concentrique et inégal des contractions utérines, et cet effet se traduit par une tendance au déplacement, à une sorte de rotation plus ou moins empêchée par les adhérences péricapsulaires. Les mouvements de rotation communiqués au fibrome dans sa loge, tendent à le rendre de plus en plus mobile et à raréfier le tissu qui le circonscrit, de sorte qu'au bout d'un certain temps, on le trouve séparé du muscle utérin par un espace celluleux, sillonné de quelques cloisons peu résistantes supportant des vaisseaux très grêles. Ces vaisseaux, soumis à des efforts et à des tractions lorsque l'utérus se contracte, s'amincissent et s'allongent, finissent par disparaître dans les cloisons celluleuses où on ne les distingue plus des autres éléments anatomiques.

On voit donc que l'ischémie dans un fibromyôme est favorisée par deux facteurs principaux : la dégénérescence fibreuse et la contraction utérine. A coup sûr, dans l'observation précédente, c'est à ce processus combiné que l'on doit attribuer la nécrobiose. Que secondairement certains germes septiques viennent contribuer au travail de désintégration qui va s'accomplir dès que l'ischémie survient, et l'on assiste au sphacèle et à la gangrène du fibrome dans sa cavité intrapariétale. Ces faits de gangrène et de suppuration en plein muscle utérin ont été observés fréquemment ; je ne veux pas les étudier longuement. Ils se traduisent par des symptômes locaux et généraux, qui en imposent souvent à un observateur non prévenu pour des suppurations péri-utérines.

Les indications opératoires sont alors difficiles à dégager et l'intervention expose à de grands risques. Lorsqu'on pratique une expectation trop prolongée, on peut voir la malade succomber à la septicémie, après évacuation du foyer putride par voie vaginale ou par voie abdominale. Généralement, l'élimination spontanée s'opère par la cavité utérine et se fait lentement à cause de l'écoulement difficile du liquide. Mais quand le foyer se trouve au voisinage du péritoine, l'utérus prend des

adhérences avec la paroi abdominale et l'évacuation se fait spontanément à l'extérieur. Cette terminaison exceptionnelle a été signalée depuis longtemps et l'on en trouve des exemples dans Broca (t. II, p. 263, du *Traité des tumeurs*), dans Demarquay (*Traité clinique des maladies de l'utérus*, Paris, 1876, p. 159),dans Mermer (Thèse de Paris, 1883), etc. Des faits bien connus de Loir, de Huguier, de Velpeau sont souvent cités dans la littérature médicale ; on en trouverait d'analogues en assez grand nombre.

La nécrose septique des fibromes interstitiels constitue une complication d'autant plus grave qu'elle ne peut être que tardivement reconnue. Aucun symptôme pathognomonique ne peut la révéler, ni la douleur, ni la tuméfaction, ni même la fièvre qui affecte une allure discontinue et irrégulière. On en est réduit à des hypothèses jusqu'au moment où l'apparition d'un suintement vaginal caractéristique par son aspect et son odeur vient donner la certitude. A ce moment il est déjà bien tard ; l'existence de la malade est compromise. Combien le tableau est différent avec la nécrobiose interstitielle, lorsque le foyer a pu rester à l'abri de l'intrusion de germes septiques ?

II

Le sphacèle des fibromes interstitiels offre un pronostic variable, suivant que la nécrobiose est restée aseptique, ou que la désorganisation de la tumeur s'est opérée avec le concours d'agents microbiens.

La nécrobiose simple peut aboutir à la disparition complète de la tumeur, constituant au point de vue clinique, un processus analogue à la dégénérescence qui provoque la disparition de certains corps fibreux après la grossesse. Il est possible, — mais le fait n'est pas prouvé, — que des fibromyômes volumineux, enchâssés dans le muscle utérin, subissent par le fait de cette nécrose aseptique, une résorption progressive et totale, amenant la guérison en dernière analyse. Mais il est beaucoup plus fréquent de voir le foyer de nécrobiose s'infecter secon-

dairement, produire par la fonte putride des masses fibromateuses, dont l'élimination peut donner lieu aux accidents les plus divers. Parmi ces accidents, il faut signaler en premier lieu la septicémie avec ses conséquences, les phlébites et les lymphangites, les embolies septiques, les suppurations péri-utérines ou intraligamentaires, les adhérences péritonéales, la péritonite et l'ouverture du foyer dans les organes creux voisins. Ces complications rendent le pronostic bien sombre et compliquent la tâche du chirurgien. Ce n'est pas tout. La nécrose aseptique, même exempte de l'adultération par des principes septiques, peut évoluer comme dans le fait que j'ai rapporté plus haut, de telle façon que l'état général de la malade en soit profondément affecté. Ces phénomènes d'anémie, d'altération du sang et de quasi-cachexie que j'ai observés, confinent à l'épuisement et font pressentir une terminaison fatale, si l'on ne parvient à soustraire de l'économie le foyer qui l'empoisonne de produits nécrosés qu'elle ne peut plus comburer et détruire. Dans le cas de nécrobiose simple, le chirurgien se trouve donc parfois dans la nécessité d'intervenir, mais dans ce cas, malgré la faiblesse de la malade, l'opération peut être pratiquée avec la sécurité relative que donnent l'asepsie et la sûreté de nos moyens d'action.

Malgré sa gravité, l'intervention en pleine septicémie s'impose, surtout si le foyer est resté interstitiel et sans communication avec l'extérieur. On peut espérer alors qu'avec les plus grandes précautions, il sera possible de supprimer l'utérus en une seule masse sans ouvrir le foyer dangereux.

L'intervention, parfaitement exécutable par la voie vaginale lorsqu'il s'agira d'une tumeur de petit volume, sera plus aisément conduite par la voie abdominale sans danger de rupture, en ayant soin de n'employer comme extracteur aucun instrument qui puisse amener une perforation de la cavité septique. Dans ces conditions, l'opération offre des chances sérieuses de succès.

Lorsque le foyer gangréneux communique avec l'extérieur soit par le canal vaginal, soit par l'abdomen, les indications

opératoires sont sujettes à discussion. Il est des cas où l'expectation pourrait être conseillée ; ce sont ceux où l'élimination des produits sphacélés, issus d'un foyer peu volumineux, est assurée par une large communication de la cavité de sphacèle avec le conduit utéro-vaginal. Mais cette condition favorable reste généralement d'une détermination difficile, de sorte que les premiers jours passés, si l'on voit l'écoulement persister avec abondance, la fièvre se maintenir à un degré élevé avec frissons et retentissement général, si la malade s'infecte en un mot, il est préférable de se décider pour l'intervention. Il faut opérer encore lorsque, malgré une suppuration prolongée et des accidents de septicémie grave, la patiente présente une résistance suffisante pour supporter une opération d'assez longue durée et un choc appréciable. On se bornera à un traitement palliatif, dans le cas contraire.

Quelle peut être l'intervention contre les fibromes interstitiels sphacélés ? Le chirurgien a le choix entre les méthodes palliatives et l'opération radicale. Il se laissera guider dans sa résolution par l'état général de la malade et l'examen de l'utérus. Lorsque le faible volume de cet organe, le peu d'importance des écoulements et leur issue facile permettront de supposer que le foyer gangréneux est peu étendu, la méthode palliative s'impose. Ce traitement palliatif consiste dans la dilatation de l'orifice utérin, l'exploration digitale de la cavité utérine et le curettage du foyer pathologique avec ou sans morcellement, dans le but de rendre facile et complète l'élimination des produits sphacélés. Guyon, Polaillon, Péan, ont employé avec succès cette méthode de traitement qu'Emmet recommandait chaudement. On conçoit que si l'ablation des débris mortifiés d'une tumeur intra-utérine, d'un polype vulgaire, est déjà difficile à réaliser, ainsi que tous les chirurgiens le reconnaissent à la suite de ceux qui ont pris part à la discussion récente de la Société de chirurgie, l'exploration et l'évacuation d'un foyer interstitiel seront encore entourées de plus d'aléas et d'incertitudes. Aussi il est bien rare que l'on puisse se contenter du traitement palliatif, lorsque l'évacuation se fait par voie vagi-

nale, au fur et à mesure de la dissociation et de la désagrégation des parties solides de la tumeur. Cependant on cite des observations de Demarquay, de Ziemssen, de Braun et Chiari et Spœth, relatant la guérison après expulsion spontanée des produits sphacélés (thèse de Katz, Nancy, 1884).

Le traitement palliatif est encore moins indiqué lorsque le foyer pathologique s'est créé une issue par la voie abdominale. L'élimination des débris sphacélés est rendue plus complexe et plus incertaine. Aussi vaut-il mieux recourir dans ces conditions au traitement radical. Les quelques observations où la guérison est relatée à la suite d'élimination spontanée de la tumeur ramollie par une fistule abdominale, ne sont pas de nature à modifier cette ligne de conduite. Toutefois il faut reconnaître que dans certains cas très simples, l'expectation pourra être suivie de succès; mais alors il s'agit de petites tumeurs sous-péritonéales dont le volume et la consistance se prêtent particulièrement à une désintégration facile et rapide.

Tout en restant interstitiel par sa masse principale, un fibrome en voie de sphacèle peut se rapprocher par un de ses pôles de la muqueuse utérine, la refouler, l'amincir et occuper le conduit utéro-vaginal. La tumeur procidente ressemble alors en tous points à un polype, dont il serait aisé d'atteindre le pédicule. L'opérateur imprudent qui se laisserait aller à tenter l'extraction d'une telle tumeur sans rechercher son point de départ, s'exposerait aux plus graves mécomptes. Une masse procidente sphacélée peut être une minime partie d'une tumeur interstitielle incluse dans le muscle utérin dont il est impossible de la séparer. La portion engagée dans le canal utéro-vaginal, soumise à de nombreuses causes d'infection, mal vascularisée, se sphacèle sans que la tumeur principale participe au processus nécrobiotique. L'ablation de la masse sphacélée aux limites des points accessibles, expose à des hémorrhagies sérieuses. Si le sphacèle s'est généralisé à toute la tumeur, l'extraction par morcellement est une opération des plus délicates, — j'écrirais volontiers des plus téméraires, — car surtout si l'utérus est volumineux, l'extirpation des derniers lambeaux

gangrenés plus ou moins adhérents au muscle utérin, ne peut être menée à bonne fin, l'abaissement ne pouvant être réalisé d'une manière satisfaisante. Mermer, dans sa thèse, rapporte plusieurs faits de Gosselin, Broca, Le Dentu, Richet, où l'extirpation incomplète de fibromes gangrenés a été suivie de mort. Bouilly a parfaitement envisagé ces cas dans la discussion d'avril 1898 à la Société de chirurgie. Il montrait que trompé par la présence d'un polype sphacélé qu'il avait constaté chez une de ses malades, il s'était laissé aller à tenter, sans un inventaire suffisant des symptômes, l'extirpation vaginale d'une tumeur en voie de sphacèle, pour parer à des accidents pressants de septicémie. L'intervention ne put être menée à bien par le vagin, et après de grands efforts, l'utérus ne se laissant pas abaisser, il fallut faire séance tenante la laparotomie pour morceler le fibrome, puis terminer en troisième lieu en enlevant la coque utérine par voie vaginale. Depuis ce revers, Bouilly, dans un cas semblable, ne hasarda plus d'emblée l'opération par les voies naturelles, mais commença par une laparotomie qui lui permit d'enlever la portion non infectée de la tumeur, et termina par l'ablation de la portion vaginale gangrenée, completée par l'hystérectomie vaginale. La malade guérit sans accidents.

La conduite de Bouilly est certainement à recommander dans tous les cas où l'écoulement par le vagin de liquides infects ne permet pas de faire simplement l'hystérectomie totale par voie abdominale. Dans ces conditions, le chirurgien ne doit rien tenter par la voie vaginale avant la laparotomie, afin de ne pas risquer de contaminer la séreuse. L'intervention, le ventre étant ouvert, doit se borner au strict nécessaire pour ne pas ouvrir le foyer septique, c'est-à-dire à la libération de toutes les adhérences, à la ligature des pédicules utéro-ovariens, et à la décortication de l'utérus jusqu'à son segment inférieur. S'il existe des fibromes secondaires, ils seront énucléés, mais la tumeur dont dépend la partie procidente vaginale, sera respectée, pour ne pas provoquer l'irruption dans la séreuse de produits gangréneux et putrides. Dans la seconde partie de l'opération, l'utérus libéré de toutes ses attaches supérieures se laissera

facilement abaisser et morceler par le vagin, et l'intervention se terminera avec le minimum de dangers.

Cette méthode, conçue d'après le plan de Bouilly, a été appliquée par ce chirurgien pour une tumeur intra-utérine sphacélée ; il va de soi qu'elle est en tous points utilisable pour les fibromes interstitiels devenus intra-utérins ou même intra-vaginaux par un de leurs pôles. Elle n'est pas cependant sans dangers, car pendant le deuxième temps, c'est-à-dire l'extraction de l'utérus par voie vaginale, elle expose, en raison du morcellement, à l'infection de la séreuse pelvienne. Pour cette raison, il est préférable, dans tous les cas où l'écoulemeut putride vaginal n'est pas très abondant, lorsque la tumeur prolabée n'est pas encore en voie de désagrégation et de dissociation, de faire pratiquer une désinfection large du vagin et de l'utérus, de fermer l'orifice utérin par des pinces à griffes larges qui affrontent étroitement les deux lèvres du col, et de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale. J'ai suivi cette ligne de conduite dans un cas récent.

Une malade de 52 ans, Mme B..., de Breuvannes, se présentait à moi il y a deux mois, avec une santé délabrée et un état général compromis. Elle portait une tumeur fibreuse remontant à 6 centim. au-dessus de l'ombilic et éprouvait depuis quelque temps des pertes sanieuses et sanguinolentes continues. L'amaigrissement s'exagérait, le teint prenait une couleur jaune paille, les membres inférieurs s'œdématiaient et une assez forte proportion d'albumine apparaissait dans les urines. A l'examen au spéculum, je constatai la présence d'une tumeur polypeuse prolabant dans le vagin. Cette tumeur, d'aspect brun, laissait suinter un ichor fétide et se détachait en lambeaux sous l'influence de la simple préhension par des pinces. Comme l'utérus était fibromateux, je voulus déterminer si le corps polypeux engagé dans le col utérin était indépendant de la masse principale. Je dilatai l'orifice cervical et l'abaissement ne pouvant favoriser l'exploration digitale, je scrutai la cavité utérine avec l'hystéromètre. Je remarquai ainsi que le polype sphacélé n'était point pédiculé et qu'il se continuait en s'élargissant avec un fibrome interstitiel.

Dès lors je renonçai à tenter l'ablation par voie vaginale et après avoir sectionné au-dessus du col la partie procidente sphacélée, je fis

préparer la malade par des lavages répétés antiseptiques à une intervention radicale.

Je fis au bout de quelques jours l'hystérectomie abdominale totale, qui ne présenta rien de particulier. Je noterai seulement qu'aussitôt après l'ouverture du vagin, je saisis dans les mors d'une large pince à griffes les deux lèvres du col, afin d'empêcher tout écoulement septique sur la tranche vaginale. Par l'ouverture faite au vagin, j'introduisis successivement plusieurs compresses aseptiques qui, attirées par la vulve, ramonèrent le conduit; une de ces compresses fut laissée dans le vagin jusqu'à la fin de l'opération. Rien ne fut plus facile que de relever à la façon de Doyen le col utérin dégagé sur les côtés, et de le séparer, sans toucher les parties cruentées, du plancher vésical. Un drainage vaginal fut installé, puis le péritoine fut suturé hermétiquement au-dessus et le ventre fut fermé comme dans les conditions habituelles. Les suites furent des plus normales. Quelques jours après l'intervention, l'état général se remontait, l'albumine et l'œdème disparaissaient et enfin la malade rentrait bientôt chez elle complètement guérie.

Ce fait montre que la présence d'une tumeur sphacélée dans l'utérus n'est pas toujours un obstacle à l'hystérectomie abdominale. D'ailleurs, les récentes tentatives d'ablation d'épithélioma et de cancer utérins par voie abdominale ne nous ont-elles pas habitués aux précautions utiles à prendre, pour échapper à toute contamination de la séreuse péritonéale? Il est cependant des cas où, en raison de l'abondance de l'écoulement et de la septicité particulière des produits sphacélés, il sera préférable d'éviter la conduite de Bouilly. Quelle que soit la méthode que l'on adopte, il importe de bien déterminer l'origine et les connexions des tumeurs sphacélées à forme polypeuse engagées dans le canal utéro-vaginal. Lorsqu'on a affaire à de simples polypes sphacélés, bien pédiculés, coïncidant avec d'autres fibromes, il est indiqué d'en pratiquer au plus tôt l'extirpation par voie vaginale, afin de soustraire l'organisme à une cause d'infection. C'est le cas le plus fréquent. Mais, quand la portion intra-utérine de la tumeur fibreuse fait partie intégrante d'une masse volumineuse à évolution abdominale, l'ablation par les voies inférieures est impos-

sible ; il ne faut pas la tenter sous peine de laisser l'opération inachevée ou d'être forcé par l'hémorrhagie de faire séance tenante et dans de mauvaises conditions une laparotomie.

C'est encore à l'hystérectomie par voie haute qu'il faut recourir, lorsque la tumeur sphacélée a pris adhérence avec la paroi abdominale. Qu'il se soit établi ou non une fistule, l'opération n'en offre pas moins une gravité spéciale, à cause du danger d'infection du péritoine. Je n'ai point rencontré d'exemple d'intervention dans ces conditions ; je me dispenserai donc d'insister plus longuement.

Si le fibrome interstitiel est en nécrobiose aseptique, l'utilité de l'hystérectomie n'est pas à discuter. On pourra choisir la voie vaginale si la tumeur est de petit volume. Mais en raison du défaut de consistance du néoplasme ramolli, qui pourrait rendre le morcellement difficile, sinon impossible, il sera généralement préférable d'opérer par l'abdomen. L'intervention s'exécutera alors avec la simplicité ordinaire. Comme le foyer de nécrose peut être secondairement infecté, il est prudent d'éviter de l'ouvrir pendant l'opération et d'énucléer l'utérus sans se servir de griffes ou d'extracteurs qui pourraient perforer et donner issue à des liquides septiques. Il faut reconnaître que le plus souvent on ne sera pas prévenu de la présence d'un corps fibreux en nécrobiose, car le diagnostic en est difficile et ne peut être établi que par les symptômes généraux et les troubles locaux que j'ai signalés dans le cours de ce travail.

LA COLPOTOMIE POSTÉRIEURE DANS LE TRAITEMENT DES ANNEXITES SUPPURÉES

Par **Henri Hartmann**.

Une discussion, qui vient de se terminer à la Société de chirurgie de Paris, a rappelé l'attention sur le traitement des salpingites suppurées par la simple incision vaginale. Les opinions émises au cours de cette discussion ont été un peu diverses, ce qui tient à ce qu'un certain nombre d'auteurs n'ont pas net-

tement circonscrit les termes de la question. Dans son rapport M. Monod n'a visé que les salpingites suppurées. Je crois qu'il y a intérêt, pour formuler une opinion, à se limiter à la question circonscrite qu'il a abordée.

Je laisserai donc de côté les colpotomies pour hématocèles simples ou infectées qui constituent une lésion toute spéciale.

Je ne parlerai pas non plus des suppurations du tissu cellulaire ; il s'agit alors d'abcès qui doivent être traités comme tout abcès par l'incision et le drainage. Comme il n'y a pas de poche préexistante, l'évacuation de la collection, si elle est complète, est suivie de guérison.

Pour la même raison, absence de poche préexistante, je laisserai de côté les collections purulentes ou séro-purulentes du cul-de-sac recto-utérin qui doivent sans conteste être traitées par l'incision directe.

La discussion, nous semble-t-il, ne peut s'élever que pour les cas de suppurations intra-annexielles *où il y a une poche préexistante.*

Deux points sont à envisager dans l'étude de cette question :

1° La collection intra-annexielle est-elle souvent abordable par l'incision vaginale simple ?

2° Les résultats définitifs sont-ils bons quand on abandonne à la rétraction spontanée une de ces poches simplement ouverte ?

1° *La collection intra-annexielle est-elle souvent abordable par l'incision vaginale simple ?*

Il n'y a pas de discussion pour les collections qui bombent dans le vagin, ou pour celles nettement juxta-vaginales. Les opinions ne diffèrent que pour les foyers suppurés, situés à une certaine distance du vagin. On a signalé, en pareil cas, le danger de l'ouverture d'une portion de péritoine libre d'adhérences. Cela ne nous est jamais arrivé, ce qui tient peut-être à notre manière d'opérer. Jamais nous n'incisons franchement le fond du cul-de-sac postérieur. Plaçant une pince sur le col et l'attirant fortement en haut et en avant, pendant qu'avec une valve nous abaissons la paroi vaginale postérieure, nous incisons la

muqueuse vaginale transversalement sur la face postérieure du col utérin. Décollant ensuite avec l'ongle les parties rétro-utérines, nous suivons, restant à son contact direct, l'utérus, en nous dirigeant un peu à droite ou à gauche suivant le siège de la lésion.

Au cours de ces manœuvres il nous est quelquefois arrivé d'ouvrir des poches à contenu séreux, comme le signale M. Monod, dans sa communication.

Pendant que l'ongle de l'index droit avance, la main gauche posée à plat sur la paroi abdominale déprime les parties. Cette dernière manœuvre, en même temps qu'elle a l'avantage de rapprocher du doigt vaginal la partie à ouvrir, soutient l'annexe suppurée, lui fournit un plan résistant, ce qui permet à l'index droit d'effondrer sa paroi sans recourir aux ciseaux, ni au bistouri.

La cavité ouverte, j'y place un drain que je fixe par un crin à la face postérieure du col.

Le résultat immédiat dans 23 colpotomies, que nous avons pratiquées pour lésions suppurées, a été excellent ; toutes les malades ont guéri de l'opération ; la fièvre, quand elle existait, est tombée ; les douleurs ont cessé, l'état s'est manifestement amélioré et jamais nous n'avons vu le moindre accident résultant de notre intervention.

2° *Les résultats définitifs sont-ils bons après la simple incision vaginale ?*

Si nous étudions à ce point de vue nos 23 opérations, nous voyons que deux fois il a été nécessaire de recommencer l'incision. Une fois il s'agissait d'une malade chez laquelle nous avions incisé une collection suppurée à droite et chez laquelle trois mois plus tard nous avons été amené à inciser une deuxième collection à gauche. Il y avait double salpingite à streptocoques. Cette malade, opérée il y a deux ans, est restée guérie.

Une autre fois nous avons dû opérer une malade dont une collection avait déjà antérieurement été évacuée par un chirurgien de Lyon.

Deux de nos opérées ont dû consécutivement subir une opération plus radicale, la castration vaginale totale dans un cas, la castration abdominale totale dans l'autre. Dans les deux cas, l'opération secondaire a été suivie de guérison.

Nos 19 autres opérées peuvent, jusqu'à un certain point, être regardées comme guéries. Chez le plus grand nombre on constate cependant la persistance de noyaux indurés au voisinage de l'utérus et il existe de temps à autre quelques petites douleurs. Les résultats sont en somme moins parfaits que ceux que donnent les opérations abdominales, surtout lorsqu'on intervient dans des cas anciens, ce qui s'explique alors par l'existence d'épaississements des parois tubaires et de lésions non susceptibles de régresser.

Étant donnés ces résultats, nous conclurons que *la colpotomie est indiquée :*

1° Lors de poches bombant dans le cul-de-sac vaginal ;

2° Lors de poche au contact direct de la paroi vaginale ;

3° Dans les poches même petites et anatomiquement séparées du vagin, s'il s'agit d'une lésion récente ou d'une poussée aiguë sur une lésion ancienne, avec douleur exquise à la pression en un point limité, douleur comparable à celle que provoque la pression d'un abcès en toute autre région si les lésions du côté opposé semblent nulles ou minimes.

En somme, les cas répondant à ces diverses indications sont encore assez rares. Même ainsi restreinte dans ses indications, la colpotomie postérieure ne donnera pas toujours une guérison définitive et il arrivera quelquefois, à d'autres comme à nous, d'être obligés de recourir secondairement à une intervention plus radicale. Toutefois, comme c'est une opération essentiellement bénigne, comme elle permet de pallier, dans certains cas, d'une manière simple, à des accidents, nous continuerons à la proposer dans les cas que nous avons indiqués, prévenant toujours les malades que si cette intervention doit leur procurer une amélioration dans leur état, elle n'est pas certaine dans ses résultats éloignés et qu'elle ne permet pas d'éviter toujours une deuxième opération plus radicale.

LES DÉGÉNÉRESCENCES DES FIBROMYOMES DE L'UTÉRUS (1)

PAR

Le Dr **R. Meslay**, Chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Joseph.

et

Le Dr **J. Hyenne** Ex-interne de l'hôpital Saint-Joseph.

(*Suite et Fin*)

II. — Clinique.

1° **Dégénérescences fibreuse et calcaire.** — Les fibromyômes atteints de ces dégénérescences se rencontrent, nous le savons, de préférence chez les femmes âgées; en général, et cela dérive de leur constitution histologique, ils ne s'accroissent plus et ont plutôt une tendance à diminuer de volume. Leur symptomatologie et leur diagnostic ne présentent rien de particulier à noter que leur durée toute spéciale, appréciable surtout dans les tumeurs calcifiées.

Ces dernières sont, en outre, sujettes à une complication rare, il est vrai, mais observée dès l'antiquité, et que nous devons signaler. La compression qu'elles exercent sur les tissus avoisinants peut déterminer la mortification de ceux-ci et l'élimination des parties calcifiées par les voies naturelles ; ainsi s'expliquent les « pierres de la matrice » expulsées spontanément par le vagin et décrites déjà par Hippocrate; ainsi s'expliquent également les « pierres du rectum » dont Duret publia un cas il y a quelques années. A la suite de l'élimination de ces masses calcaires par ce procédé naturel mais peu chirurgical, on a noté des fistules utéro-rectales, recto-vaginales, ou encore vésico-vaginales, souvent très étendues.

Ces tumeurs ont une marche lente, souvent régressive ; leur pronostic est bénin, et il est assez fréquent de les trouver aux

(1) Voir le n° de juillet 1898, p. 1.

autopsies de femmes âgées, mortes par une tout autre cause, et chez lesquelles on les avait à peine soupçonnées. L'indication opératoire est posée surtout par le fait des hémorrhagies ou des compressions abdominales devenues incompatibles avec la vie ou déterminant des accidents graves d'étranglement interne analogues à ceux que nous avons observés dans un de nos cas.

2° **Dégénérescence œdémateuse.** — I. — Dans l'étude histologique que nous avons faite des fibromyômes atteints de dégénérescence œdémateuse, nous avons identifié deux ordres de tumeurs qui, au point de vue clinique, paraissent très dissemblables. Les unes ne renferment que quelques points ramollis isolés en leur intérieur et ne donnent lieu à aucun symptôme particulier qui les distingue des fibromyômes normaux : la dégénérescence qu'on y remarque est une découverte du laboratoire. Peut-être la lésion est-elle susceptible de se généraliser, à un moment donné, à toute l'étendue de la tumeur; mais nous ne pouvons l'affirmer. Les autres montrent au contraire la plus grande partie de leur tissu atteinte par le processus ; ce sont les véritables fibromyômes œdémateux, les fibromyômes à géodes, les fibromyômes kystiques; ils ont des caractères propres et une évolution spéciale qui permettent d'en faire le diagnostic.

Au début, ils ne présentent point d'ordinaire des symptômes particuliers. Peut-être cependant les métrorrhagies sont-elles plus abondantes, les douleurs au moment des règles plus vives, les phénomènes gastriques (vomissements glaireux, nausées, etc.) plus accentués, au point de simuler le début d'une grossesse ; mais ces signes sont tellement variables et inconstants qu'on ne saurait s'appuyer sur eux.

Ce n'est réellement qu'à la période d'état, lorsque la dégénérescence est en pleine voie d'évolution, qu'on peut la reconnaître ; elle donne lieu alors le plus souvent à deux caractères très nets, qui sont : 1° *L'accroissement rapide de la tumeur;* 2° *Son ramollissement.*

Le premier de ces caractères n'est pas absolu ; on ne l'observe pas dans tous les cas ; mais il existe néanmoins avec une

fréquence assez grande pour qu'on puisse lui donner une place à part dans la symptomatologie des fibromyômes œdémateux. Les conséquences qui en résultent sont faciles à comprendre : il se développe des troubles de compression de même ordre que ceux qu'on remarque à la suite des gros fibromyômes normaux, mais qui empruntent un caractère de gravité spécial à la rapidité avec laquelle ils se sont produits ; nous allons y revenir.

Le second caractère que nous avons donné, le ramollissement de la tumeur, est constant, pourvu que cette dernière ait un volume suffisant et que la dégénérescence ait atteint un certain degré. Il est appréciable facilement par la palpation dans les cas ordinaires ; ce n'est guère que chez les femmes grasses, à parois abdominales épaisses, que l'on ne peut le percevoir. Ce ramollissement donne à la main qui le cherche une sensation toute particulière : c'est une sorte de rénitence, de fausse fluctuation. Rarement on observe une fluctuation véritable ; il faut pour cela qu'il existe une cavité kystique d'un certain volume. Signalons encore un point important : c'est l'existence, à côté de portions ramollies, de parties plus dures parfois assez étendues, et qui donnent à la masse du néoplasme le cachet d'une tumeur solide.

Les autres symptômes sont analogues à ceux de la première période : troubles de la menstruation, douleurs : ils n'ont rien de caractéristique. On a signalé dans certains cas de l'ascite (th. Le Bec); nous ne l'avons jamais observée, du moins dans la dégénérescence œdémateuse, et nous croyons qu'elle se rapporte aux fibromyômes sarcomateux. Péan a trouvé la plupart du temps, à l'auscultation, un bruit de souffle vasculaire intense, dont le maximum était au pubis : nous n'avons noté ce signe qu'une seule fois (1).

Les complications des fibromyômes œdémateux sont la conséquence de leur accroissement rapide : ce sont des phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum, du côté des

(1) Thèse HYENNE, obs. 41, page 156.

uretères et des gros vaisseaux de l'abdomen, enfin, du côté des organes de l'appareil digestif.

Les premiers sont peu graves ; ils se réduisent ordinairement à une légère pollakyurie et à une constipation contre laquelle on lutte facilement ; nous sommes disposés à croire que celle-ci est rarement suffisante pour déterminer, par résorption des matières excrémentitielles, la toxémie, dont parle Barnes (1). Cependant le fait est possible, et les recherches récentes sur les ptomaïnes et les leucomaïnes nous interdisent de nier le fait.

La compression des uretères est beaucoup plus grave, parce qu'elle détermine dans le rein l'apparition de lésions qui sont souvent peu appréciables cliniquement, mais qui se manifestent quelquefois brusquement après l'opération, lorsque se produit l'irritation due à l'élimination du chloroforme. C'est ainsi qu'on peut expliquer ces morts par urémie qui ne sont point rares après l'ablation des fibromyômes œdémateux, et que ni l'examen minutieux des malades, ni l'analyse des urines n'avaient pu faire prévoir.

La compression des gros vaisseaux de l'abdomen retentit de son côté sur le cœur, par suite de l'augmentation de pression qui se produit dans cet organe ; on observe alors de la dilatation ventriculaire, et au bout d'un certain temps, de la dégénérescence graisseuse du myocarde. Ces lésions se traduisent quelquefois par des signes assez nets : faiblesse des battements du cœur, assourdissement des bruits cardiaques, essoufflement. Mais il est aussi fréquent de n'observer aucun symptôme ; les lésions sont encore à leur début, elles ne se révèlent qu'après l'opération, par le fait de la chloroformisation.

Enfin, la compression des organes de l'appareil digestif, intestin et estomac, détermine des troubles dyspeptiques qui vont en s'accentuant à mesure que la tumeur grossit. C'est d'abord une simple difficulté de la digestion, puis de l'anorexie, puis des vomissements. Chez quelques malades, ces accidents

(1) BARNES. *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. franç. de CORDÈS, Paris, 1876.

sont l'origine d'une sorte de cachexie qu'on serait tenté d'attribuer à la malignité de la tumeur, et qui ne sont imputables qu'au seul fait de sa présence ou de son volume.

Il nous reste à noter quelques troubles nerveux assez fréquents, tels que des accès de suffocation survenant sans cause appréciable, des battements de cœur, alors que celui-ci est, ou paraît sain, de l'insensibilité pharyngienne et conjonctivale, et quelquefois même, mais plus rarement, de l'hémianesthésie. Ces faits ont été bien étudiés par Guépin (1).

Évidemment, tous les accidents que nous venons d'énumérer ne sont pas l'apanage exclusif des fibromyômes œdémateux; on les observe dans tous les fibromyômes même normaux, qui ont acquis un certain volume. Mais il est facile de comprendre qu'en raison de l'accroissement rapide de la tumeur, ils seront d'autant plus graves qu'ils ne donneront pas aux organes qu'ils atteignent le temps de subir l'accoutumance nécessaire. Voilà pourquoi les fibromyômes œdémateux présentent quelquefois une *apparence* de malignité qui n'a point échappé aux chirurgiens.

II. — De ce que nous venons de dire, il résulte que dans bon nombre de cas, à l'aide des caractères que nous avons indiqués, on peut affirmer la dégénérescence, et même la préciser; mais nous savons combien ces caractères sont inconstants et sujets à erreur. Heureusement, la *rigueur absolue du diagnostic n'est pas indispensable;* le chirurgien, à l'heure actuelle, est aussi bien préparé à l'ablation d'une tumeur solide que d'une tumeur liquide.

Toutefois, nous essayerons d'aller plus loin, et de donner un aperçu des signes différentiels qui permettent de distinguer les fibromyômes œdémateux des tumeurs abdominales qui leur ressemblent. Nous éliminons dès maintenant la *grossesse, simple ou extra-utérine,* qui présente en général des caractères propres assez nets pour empêcher toute erreur, et nous parlerons seulement du diagnostic avec les kystes de l'ovaire et les sarcomes de l'utérus.

---

(1) GUÉPIN. *Tribune médicale*, Paris, 1892, p. 656-659.

1° Kystes de l'ovaire. — Lorsqu'on peut suivre l'évolution de l'affection, et qu'on reconnaît une tumeur d'abord assez dure, qui se ramollit petit à petit, puis devient fluctuante, l'hésitation n'est pas de longue durée ; malheureusement il en est rarement ainsi, et c'est le plus souvent au cours de la période d'état que le chirurgien est appelé. Quels sont donc les signes sur lesquels il pourra s'appuyer ?

Pour procéder avec ordre, il faut, à notre avis, reprendre les caractères que nous avons assignés aux fibromyômes œdémateux ou kystiques, et les comparer avec ceux des kystes de l'ovaire. Parmi ces caractères, trois surtout nous semblent avoir une importance réelle pour le diagnostic ; ce sont : les troubles de la menstruatien, — les connexions de la tumeur avec l'utérus, — les résultats de l'hystérométrie.

Nous avons vu que les hémorrhagies utérines sont le propre des fibromyômes ; elles sont rares dans les kystes de l'ovaire.

De plus, la mobilité des tumeurs utérines est bien moins facile et moins étendue que celle des tumeurs ovariennes ; évidemment celles-ci n'ont point avec l'utérus de connexions intimes, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par le palper abdominal combiné au toucher vaginal ; les premières, au contraire, font corps avec l'utérus.

Enfin, l'hystérométrie démontre presque toujours l'allongement de la cavité de l'utérus dans le cas de tumeurs de cet organe ; les kystes de l'ovaire n'ont point cet effet.

Les caractères fournis par la palpation nous semblent moins certains. Nous avons dit que dans les fibromyômes œdémateux, on observait surtout de la rénitence, de la pseudo-fluctuation ; la fluctuation véritable existe seulement dans les tumeurs fibro-kystiques, lorsqu'il y a une grande cavité ; enfin on trouve souvent, à côté des points ramollis ou fluctuants des portions dures qui paraissent bien appartenir à des tumeurs solides. Mais, si les kystes de l'ovaire uniloculaires, ou plutôt pauciloculaires, avec grande poche, offrent une fluctuation nette, il n'est point rare que celle-ci fasse défaut : par exemple, dans le cas de kyste multiloculaire à petites poches, ou dans le

cas de kyste à contenu colloïde. La sensation que le doigt perçoit alors est analogue à celle que donnent les fibromyômes œdémateux.

La ponction exploratrice ne donne point non plus des renseignements sur lesquels on puisse toujours s'appuyer ; dans les fibromyômes elle est souvent sans effet, lorsque l'on tombe par exemple dans des masses gélatineuses ; ou bien elle donne issue à un liquide hémorrhagique ; ou enfin elle démontre la présence d'un liquide séreux, albumineux, analogue à celui des kystes de l'ovaire.

Il nous reste à parler du dernier caractère des fibromyômes œdémateux, celui qui se rapporte à leur évolution et à leur accroissement rapide. Il n'appartient pas aux kystes de l'ovaire ; il sera d'une utilité incontestable chaque fois qu'on l'observera, mais comme il n'est pas constant, on ne peut en faire un signe certain de diagnostic. On voit, en somme, qu'il est souvent assez difficile de distinguer des fibromyômes atteints de dégénérescence œdémateuse des kystes de l'ovaire. L'examen isolé des symptômes propres à ces deux ordres de tumeurs ne donne pas, dans la plupart des cas, des renseignements suffisants : c'est à l'ensemble des caractères observés qu'il faut alors s'adresser.

2° Fibrosarcomes de l'utérus. — Le diagnostic différentiel des néoplasmes que nous étudions avec les fibrosarcomes de l'utérus est souvent plus difficile que le précédent. On note, en effet, dans les deux cas, les mêmes troubles de la menstruation, les douleurs, le ramollissement appréciable au palper, l'allongement de la cavité utérine, de sorte que la distinction, évidemment impossible tout au début de l'affection, l'est encore le plus souvent à sa période d'état. Cependant, à ce moment, on remarque parfois dans les fibrosarcomes deux signes importants : l'apparition de l'ascite et le développement du réseau veineux sous-cutané de la paroi abdominale.

Ce n'est qu'au cours de l'opération, lorsque le ventre est ouvert, que le diagnostic devient plus facile ; les fibrosarcomes ont, en effet, une couleur rougeâtre, foncée, ils sont couverts

de grosses veines qui rampent à leur surface; ils présentent parfois des bourgeonnements sarcomateux caractéristiques; enfin, la ponction de la tumeur donne presque toujours issue à du sang. Ces caractères se trouvent rarement dans les fibromyômes œdémateux; si l'on observe quelquefois des dilatations veineuses à la surface de ces derniers, elles sont isolées, et ne donnent point à la masse l'apparence rougeâtre d'une tumeur vasculaire, au même degré que le sarcome; de plus, en même temps que les dilatations veineuses, on voit souvent les dilatations lymphatiques qui n'existent point dans le sarcome; enfin, la ponction, lorsqu'elle donne un résultat positif, démontre la présence d'un liquide séreux dans la plupart des cas; sur 22 observations, nous n'avons trouvé qu'une seule fois une cavité hémorrhagique à l'intérieur des fibromyômes œdémateux (1).

A la troisième période du fibrosarcome, le diagnostic devient facile; l'envahissement de tout le bassin par la tumeur, son irrégularité, les métastases qui l'accompagnent quelquefois, la cachexie enfin, sont des signes suffisamment nets. Mais, à cette époque, ils deviennent inutiles, puisque le chirurgien ne peut qu'assister impuissant aux progrès de l'affection.

III. — C'est donc au début qu'il faut reconnaître la nature de la tumeur; si l'on n'y parvient pas toujours, on peut du moins poser le diagnostic de l'intervention, le plus important au point de vue de l'avenir du malade. Ceci nous amène à dire quelques mots de la marche et du pronostic des fibromyômes atteints de dégénérescence œdémateuse.

Nous avons vu que ces tumeurs offrent un des caractères des tumeurs malignes; la rapidité de l'évolution. Malgré cela, nous n'hésitons pas à dire qu'elles sont de nature bénigne. En effet, elles ne se propagent jamais aux ganglions, n'envahissent pas les tissus voisins, ne se généralisent pas et ne déterminent pas de métastases dans les organes éloignés, ne récidivent point après l'ablation. Kœberlé a opéré une tumeur fibro-kystique

(1) Thèse HYENNE, obs. 30, p. 100.

du poids de 30 kilogrammes, bien limitée à l'utérus ; on pourrait citer un certain nombre d'exemples analogues ; ces faits s'expliquent d'ailleurs facilement par les résultats de l'examen microscopique de ces tumeurs. Nous avons nous-mêmes revu, un an et demi après l'opération, deux des opérées de M. Le Bec ; elles étaient en parfait état de guérison et ne se ressentaient aucunement de leur ancienne affection.

Est-ce à dire pour cela que le pronostic soit bénin ? Évidemment non ! Nous savons quelles complications graves peuvent apparaître par le fait des fibromyômes œdémateux ; aussi nous croyons que pour ces motifs le pronostic doit toujours être réservé.

Ces mêmes faits, associés à la difficulté du diagnostic précoce d'un néoplasme histologiquement et cliniquement malin, le fibromyôme atteint de dégénérescence sarcomateuse, commandent le diagnostic de l'intervention. L'ablation est nécessaire ; elle doit se faire au début de l'affection, dès que la tumeur affecte de prendre une évolution rapide.

3° **Dégénérescence sarcomateuse.** — Les fibromyômes atteints de dégénérescence sarcomateuse se confondent, en clinique, avec les sarcomes de l'utérus. C'est du moins l'opinion admise généralement aujourd'hui : « Il est infiniment probable, dit Delbet (1), que, dans la plupart et peut-être dans la totalité des cas donnés jusqu'ici comme des fibrosarcomes, il s'agissait de transformation sarcomateuse de fibromyômes primitifs. » Il faut cependant faire une exception en faveur des sarcomes développés au niveau de la muqueuse utérine signalés par Virchow, Spiegelberg, Rein, Winckler, et décrits longuement dans une thèse récente de M. Aubry (2).

La *symptomatologie* de ces tumeurs est peu caractéristique, surtout au début. Rien alors ne les distingue des fibromyômes normaux : hémorrhagies, sous forme de ménorrhagies ou de métrorrhagies, hydrorrhée non odorante, douleurs, augmenta-

(1) DELBET. *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VIII.

(2) AUBRY. *Du sarcome diffus de la muqueuse utérine*. Th. Paris, 1896.

tion du volume de l'utérus. A la période d'état, on observe l'évolution rapide, le ramollissement de la tumeur, et les mêmes troubles qu'au début.

Si l'ablation n'est pas pratiquée à ce moment, le néoplasme envahit les ganglions du bassin, se développe en remplissant celui-ci, se généralise aux autres organes, et détermine une véritable cachexie analogue à celle du cancer.

Le *diagnostic* est difficile ; nous venons de voir sur quels signes on doit se baser pour distinguer la dégénérescence œdémateuse : nous n'y reviendrons pas.

Le *pronostic* est celui des tumeurs malignes : il est presque fatal, même après l'intervention chirurgicale, car la récidive se produit habituellement sur place ou à distance. De là résulte la nécessité de l'ablation précoce, aussitôt que le fibromyôme, après avoir présenté une évolution normale, commence à prendre un accroissement rapide. A cette seule condition, on sera, dans de très rares cas, à l'abri de la généralisation et des métastases qu'on observe quelquefois dans le foie, la rate, le poumon, etc.

Conclusions.

Les fibromyômes utérins, dont le développement se fait autour des petits vaisseaux et des capillaires, sous une influence qui nous échappe la plupart du temps, mais qu'on peut rattacher quelquefois d'une façon non douteuse à des phénomènes inflammatoires, sont sujets à de nombreuses transformations ou dégénérescences.

I. — Au point de vue histologique :

1° Parmi celles qui sont décrites par les auteurs, nous avons rejeté les dégénérescences cartilagineuse et osseuse, qui n'ont pas encore été démontrées, et la dégénérescence carcinomateuse, qui ne nous semble pas admissible, en raison même de la structure histologique et de l'origine embryonnaire des tissus conjonctif et musculaire qui constituent les fibromyômes.

2° La dégénérescence fibreuse paraît due à une diminution de

la circulation ; en tous cas, dans les points où elle existe, on note toujours la rareté des vaisseaux. Ce fait constant explique la production, au sein des placards de dégénérescence fibreuse, de portions nécrosées par défaut complet de nutrition.

3° La dégénérescence calcaire coexiste souvent avec la précédente ou lui succède ; elle se rattache également à une grande diminution de la circulation.

4° La dégénérescence que nous appelons œdémateuse (myxomateuse, muqueuse, myxoïde, etc... des auteurs), nous paraît être l'origine la plus fréquente des cavités petites (géodes), ou grandes (tumeurs fibro-kystiques), que l'on observe dans les fibromyômes utérins. Elle débute le plus souvent par le tissu conjonctif intermédiaire aux nodules myomateux qu'elle atteint consécutivement ; sa présence semble liée à celle de néo-vaisseaux très nombreux, d'aspect embryonnaire, qui coexistent toujours avec elle.

5° La dégénérescence sarcomateuse, très discutée, est hors de doute. Nous l'avons vue se développer aux dépens des vaisseaux (origine endo et périvasculaire), qu'elle arrive à combler dans certains cas, donnant ainsi naissance à une nécrose consécutive et à la formation de cavités pseudo-kystiques.

II. — Au point de vue clinique :

1° Les fibromyômes atteints de dégénérescence fibreuse ou calcaire ne donnent point lieu à des symptômes particuliers ; ils se reconnaissent quelquefois à leur dureté toute spéciale. Ils ne comportent d'ailleurs un pronostic grave que par leurs complications, dues surtout à des phénomènes de compression.

2° Les fibromyômes atteints de dégénérescence œdémateuse présentent, lorsque la lésion est généralisée à la masse de la tumeur, des caractères bien définis qui permettent d'en faire le diagnostic. Ce sont surtout leur accroissement rapide et leur consistance molle, pseudo-fluctuante. Bénins par eux-mêmes, car ils ne se généralisent point et ne récidivent point après l'ablation, ils deviennent graves en raison des hémorrhagies ou des troubles de compression, accompagnés souvent de lésions rénales ou cardiaques, qu'ils provoquent.

3° Les fibromyômes atteints de dégénérescence sarcomateuse se distinguent difficilement des précédents, surtout à leur début. Ils ont une évolution rapide et sont également ramollis, souvent kystiques. Mais ils présentent rapidement des caractères de malignité très nets : ils envahissent les tissus voisins, récidivent après l'ablation, et déterminent parfois des métastases dans des organes éloignés, tels que le foie, la rate, le poumon.

4° En raison de ces faits, complications graves ou malignité propre, les fibromyômes utérins atteints d'une dégénérescence quelconque doivent être opérés dès que le diagnostic est fermement établi.

REVUE GÉNÉRALE

I. GREFFES OVARIQUES, LEURS RÉSULTATS. II. EXISTE-T-IL UN RALENTISSEMENT DU POULS PHYSIOLOGIQUE CHEZ LES ACCOUCHÉES ?

Par le Dr **R. Labusquière.**

I

L'idée des greffes ovariques a été suggérée à Chrobak par la constatation des souffrances, des malaises variés plus ou moins accentués chez les femmes qui ont subi la castration ovarienne bilatérale. Et Knauer, son assistant, fut le premier à expérimenter sur l'animal pour savoir jusqu'à quel point ces greffes étaient susceptibles de réussir (1). Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs les premiers résultats obtenus par cet expérimentateur. Après lui, et à l'instigation du professeur Slawiansky, W. Grigorieff a institué une série d'expériences analogues : « Du 20 juin au 13 juillet 1896 je fis, écrit cet auteur, la cœliotomie abdominale sur 12 lapins et dans chaque cas je transplantai les deux ovaires; sur une seule femelle

---

(1) *Annales de Gynécol. et d'Obst.*, mars 1897, p. 226.

l'ovaire droit fut transplanté pendant la grossesse et le gauche 2 mois après sa terminaison. Comme nouveaux points de greffe, on utilisa les différentes parties du ligament large et dans un cas le mésentère. La transplantation fut faite de deux façons : a) dans une première série d'expériences, j'enveloppai complètement l'ovaire dans son nouveau point d'insertion avec le péritoine ; b) dans une autre série je le bordai suffisamment avec le péritoine pour le fixer, mais en laissant une partie de sa surface libre dans la cavité péritonéale. Je dois noter que dans la plupart des expériences cette seconde manière de procéder dépassa toutes mes espérances. Les ovaires traités ainsi se présentèrent à l'autopsie complètement dépouillés du péritoine au niveau de la zone où la séreuse avait été appliquée au moment de l'acte opératoire, et une faible portion seulement de leur surface restait encore adhérente sur leur nouvelle base d'implantation. Leur aspect était celui d'organes normaux, leur volume n'était que faiblement diminué. Un fait sérieux qui milite en faveur du second mode de transplantation, c'est que 4 femelles chez lesquelles on l'appliqua, devinrent grosses. » Suit la description minutieuse de toutes les précautions prises pour assurer le succès des expériences.

L'auteur relate ensuite 4 observations dans lesquelles il opéra suivant la seconde méthode. En voici une comme type.

Obs. — Femelle opérée le 20 juin 1896. Poids, 1,250 grammes. Transplantation de l'ovaire gauche sur la face supérieure du ligament large, à 4 ou 5 centim. du milieu de la corne gauche et insertion de l'ovaire droit au niveau de la corne correspondante à une distance de 3 centim. du col de la matrice, en dehors. Le premier ovaire fut fixé au péritoine et *incomplètement* recouvert, le second ovaire au contraire fut complètement enfoui dans un sac fait avec le péritoine au moyen de quatre sutures. Les ovaires qui furent mesurés pendant l'opération avaient une longueur de 1 centim. 3, les follicules de de Graaf et les corps jaunes apparaissaient nettement à leur surface. Après 6 mois, l'animal fut sacrifié le 20 décembre 1896. Son poids à ce moment était de 1,800 grammes. Le ventre ouvert, on ne constata aucune adhérence. Le col de la matrice et les cornes étaient augmentés de volume, leurs

dimensions correspondaient à celles du terme de la grossesse. La corne gauche à son extrémité abdominale était fortement dilatée et avait la forme d'un corps ovalaire, de couleur gris sombre, dont le diamètre longitudinal atteint près de 7 centim.. A la section de cette région dilatée, s'échappa un fœtus recouvert du sac fœtal; il était parfaitement conformé et vivant. Sa longueur, 10 centim. Vint ensuite l'arrière-faix et le cordon ombilical. Dimensions de l'arrière-faix, 3 × 3 1/2 ; longueur du cordon, 3 centim. Près de la corne gauche, vers son tiers moyen, se trouvait l'ovaire, il siégeait sur la surface supérieure du ligament large. Il proéminait librement dans la cavité du péritoine et, d'après son aspect extérieur, ressemblait extrêmement à un ovaire pendant la grossesse. Sa longueur, 1 centim. 2. Au niveau de la seconde corne droite, on découvrit le second ovaire atrophié, complètement recouvert par le péritoine. Cet état atrophique fut sans doute le résultat des compressions produites par la trompe augmentant de volume sous l'influence de la grossesse. Au niveau du SIÈGE NORMAL des ovaires, *pas le moindre résidu qui rappelât le tissu ovarique.*

Résultats généraux des examens microscopiques. — Sur les coupes qui ont porté sur toute l'épaisseur de l'ovaire, on aperçoit un développement considérable de gros vaisseaux, remplis d'éléments figurés. Au niveau du point d'insertion de l'organe, les vaisseaux par leur nombre, leurs dimensions, leurs trajets, donnent l'aspect d'un hile normal. En examinant les préparations de plus près, on reconnaît l'épithélium germinatif qui a conservé sa forme cylindrique. Sur certains points cependant, l'épithélium fait défaut, ce qui provient probablement de lésions produites au cours des préparations. On peut distinguer dans l'intimité de l'ovaire deux zones : *a*) zone *parenchymateuse*, *b*) et zone *vasculaire*; cette dernière, probablement néoformée, produit de la multiplication des vaisseaux des tissus sous-jacents. Le plus grand nombre des coupes sont semées de corps jaunes dont la structure est identique à celle connue. Dans la substance corticale, il y a des ovisacs à tous les stades de développement, des follicules primordiaux aux follicules de de Graaf en pleine maturité; on y voit aussi toutes les étapes de l'atrésie folliculaire, sans qu'on

puisse néanmoins affirmer qu'elles s'y trouvent plus nombreuses que dans les ovaires normalement situés.

De ces faits et des observations relevées, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le mode opératoire et la rigueur de l'asepsie tiennent une place importante parmi les conditions qui assurent le succès de l'expérimentation.

2° L'ovaire transplanté se développe sûrement en son nouveau siège ; diverses régions du péritoine des organes de la génération peuvent être choisies comme points de transplantation des ovaires.

3° Dans les ovaires transplantés évoluent tous les processus de développement des follicules ; ils ne se distinguent en rien des conditions de la vie normale.

4° Les follicules peuvent atteindre leur complet développement, aller jusqu'à la rupture, émettre même des œufs dans certaines conditions et présenter tous les stades de l'évolution des corps jaunes.

La grossesse peut succéder à la transplantation des ovaires, et le produit de conception est susceptible d'aller à terme (1).

Dans un nouvel article (2), l'assistant de Chrobak, E. Knauer, fait connaître les résultats éloignés de ses expériences qui datent du commencement de juin 1895.

Les premiers résultats annoncés en 1896 étaient : 1° chez les lapins les ovaires peuvent être transplantés en un point éloigné de leur siège normal ; 2° ces organes peuvent être transplantés aussi bien sur le péritoine qu'entre les muscles ; 3° les ovaires ainsi transplantés non seulement sont nourris, mais fonctionnent, c'est-à-dire qu'ils peuvent former des œufs et les mener à maturité.

En ce qui concerne les résultats éloignés (formation persistante et maturation d'œufs, tentatives de fécondation),

(1) WALDEMAR GRIGORIEFF. Die Schwangerschaft bei der Transplantation der Eierstöcke. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 22, p. 663.

(2) E. KNAUER. Zur Ovarientransplantation, etc. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 8, p. 201.

Knauer a vu dans un cas, plus de 16 mois après la transplantation des ovaires, la grossesse survenir et l'accouchement se faire à terme. Voici ce fait :

Le 8 septembre 1896, on enlève sur une lapine les 2 ovaires et on les transplante dans le feuillet péritonéal postérieur du mésométrium du côté correspondant. Ils y sont greffés de telle sorte qu'une de leur portion est située dans une fente péritonéale tandis que l'autre reste libre dans la cavité du péritoine. Le 3 octobre 1897, ainsi 13 mois après la première opération, ouverture du ventre pour constater l'état des ovaires greffés. Cornes utérines bien développées, correspondant à l'utérus normal d'une femelle en pleine activité sexuelle. Vers le milieu de la corne utérine droite, une adhérence large d'un centimètre entre cette corne et une anse de l'intestin grêle qui est libérée. Dans le mésométrium droit, l'ovaire droit transplanté de grosseur à peu près normale, fixé par l'un de ses pôles, libre dans tous ses autres points et pourvu de 3 follicules près de la maturité. Du côté gauche, s'insérant sur le feuillet postérieur du mésométrium, un reste, gros comme un grain de chènevis, et sans follicule, de l'ovaire gauche transplanté. Trompes sinueuses, sans adhérences, extrémités frangées nettes, pas d'adhérences, d'atrésie. Ces constatations faites, fermeture du ventre. La femelle est menée à un mâle au commencement de décembre 1897 et le 3 janvier 1898 elle mettait bas deux petits, bien développés, tout à fait à terme, un mâle et une femelle. C'est le premier cas, note l'auteur, où la grossesse, après la transplantation des ovaires, est arrivée à terme et s'est terminée naturellement par l'accouchement. Il fait également remarquer le long intervalle de 16 mois qui s'est écoulé entre la greffe ovarique et l'accouchement.



A ces expériences sur l'animal, il faut ajouter les résultats de tentatives analogues faites cette fois sur la femme et dans un but thérapeutique. Robert T. Morris, postérieurement d'ailleurs aux premières expériences de Knauer, a fait dans plu-

sieurs cas des greffes ovariques avec l'intention de combattre des accidents d'ordre divers. Et dans le *New-York med. J.*, octobre 1895, p. 436, il a relaté, très succinctement, les deux faits suivants dans lesquels ces greffes se seraient montrées efficaces.

OBS. I. — L. B.... 20 ans, utérus infantile, annexes rudimentaires. Sauf ces particularités, femme bien développée. *Jamais menstruée*, cortège de malaises comme après la suppression des règles. Greffe au niveau du fond de l'utérus d'un fragment d'ovaire provenant d'une autre malade : deux mois après, première menstruation qui dura huit jours.

OBS. II. — J. F.., 26 ans. Processus tubaire septique, de date ancienne, sans oblitération de la trompe, mais avec beaucoup d'adhérences pelviennes. Extirpation de ce qui restait des trompes et des ovaires, et transplantation d'un petit fragment de l'ovaire même de la malade dans l'intérieur du pavillon d'une des trompes. Un mois après, *grossesse*, mais avortement d'un fœtus, d'environ trois mois, bien développé, l'avortement ayant été probablement la conséquence des adhérences persistantes.

*
* *

De ces expériences diverses il ressort qu'on peut transplanter les ovaires en des points plus ou moins éloignés de leur siège normal. Que pour ces transplantations on peut se servir soit des ovaires appartenant au sujet lui-même, soit d'ovaires provenant d'autres sujets. Que les ovaires ainsi transplantés peuvent vivre et fonctionner, c'est-à-dire former des œufs, et les conduire à maturité. Que la ponte ovulaire, la fécondation, et la grossesse évoluant même jusqu'à terme sont possibles. Ces expériences font en outre concevoir les tentatives thérapeutiques que justifient les succès des greffes ovariques, entourées de toutes les précautions de technique et d'asepsie nécessaires, dans les cas où les accidents pourront être nettement rapportés au défaut ou à l'insuffisance des ovaires.

. . . .

II

Existe-t-il un ralentissement du pouls physiologique pendant les suites de couches ? (Karl Heil, assistant à l'Universitäts-Frauenklinik de Heidelberg).

Après un historique rapide des divers travaux parus sur la question et l'analyse critique des théories pathogéniques émises pour expliquer le *prétendu* ralentissement physiologique du pouls chez les accouchées, l'auteur aborde, documents personnels en mains, le sujet. C'est la rareté des observations faites *pendant la grossesse* et *les suites de couches* et SUR LA MÊME PERSONNE qui l'ont décidé à étudier de près cette question : *existe-t-il un ralentissement du pouls puerpéral?* et de l'étudier dans une longue série d'observations.

Mais avant de s'occuper des faits qui se rapportent directement à cette étude, il a tenu à noter cette observation que de cent femmes hospitalisées à la « *Frauen gynäkologischen Klinik* » de Heidelberg, où elles étaient soignées pour des endométrites, sténoses ou métrites légères, 49 présentèrent 65 pulsations à la minute et au-dessous; qu'on constata même chez plusieurs d'entre elles, à maintes reprises, le chiffre de 60. Il ne s'agit pas de 100 cas choisis, et si la proportion de 49 p. 100 est peut-être, par hasard, très élevée, il ne ressort pas moins de cette constatation que chez les *femmes bien portantes,* AU REPOS, *le pouls tombe fréquemment au-dessous de la moyenne* 75.

Pour observer dans des conditions aussi identiques que possible, il prit le pouls chez les femmes enceintes et accouchées, chaque jour, entre 7 heures et demie et 8 heures du matin, à quelques exceptions près, et n'utilisa pour la comparaison, en ce qui concerne les accouchées, que ces chiffres du matin. D'autre part, on n'examina que des accouchées à suites de couches complètement apyrétiques.

Les femmes *enceintes* restaient environ une demi-heure, au

repos, au lit, avant qu'on prît le pouls. On prenait celui-ci une minute complète. On fit toujours ces observations par séries de quatre jours, lesquelles, quand c'était possible, étaient répétées à des intervalles de 1 à 2 et même de 1 à 3 semaines. De cette façon, on eut pour un certain nombre de ces femmes enceintes non pas seulement 4, mais de 8 à 16 de ces données numériques pour les deux derniers mois de la grossesse. En beaucoup de cas, ces chiffres quotidiens précédèrent immédiatement le jour de l'accouchement. En tout, on enregistra chez les femmes enceintes 646 fois le chiffre des pulsations par minute, soit une moyenne de 6 à 7 fois pour une femme enceinte.

Chez les *accouchées* on compta le pouls, pour la première fois, le matin qui suivit l'accouchement entre 7 heures et demie et 8 heures. Cet examen eut donc lieu à des distances inégales de l'accouchement, mais jamais avec un écart de 24 heures.

Dans le plus grand nombre des cas (78), ces relevés du nombre des pulsations furent faits pour les 9 à 10 premiers jours des suites de couches; toutefois, pour la plupart des supputations suivantes, on utilisa les chiffres moyens pour les 7 premiers jours parce que, avec le lever des accouchées (huit ou neuvième jour), surgissaient trop facilement de nouvelles causes d'erreur, bien que les accouchées furent presque sans exception tenues au lit, le matin, jusqu'après la constatation du chiffre des pulsations. Les 100 femmes observées se groupaient en : a) 58 *primipares* et *b*) 42 *multipares*. 12 femmes seulement n'allaitèrent pas. Chez 6 la terminaison de l'accouchement nécessita une intervention ; 2 fois les enfants étaient morts avant la naissance.

Le nombre *minimum* des pulsations *pendant la grossesse* fut 48, noté 2 fois ; pendant les *suites de couches*, une fois 45 et une fois 48.

Le tableau 1 contient les chiffres exprimant les fréquences variables du pouls pendant la grossesse et les suites de couches.

TABLEAU 1.

FRÉQUENCES DU POULS OBSERVÉES	SUITES DE COUCHES 1er jour	2e jour	3e jour	4e jour	5e jour	6e jour	7e jour	8e jour	9e jour	10e jour	Durant 10 j. des suites de couches.	Pendant la grossesse.
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Au-dessous de 50..	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
50 — 55..	1	3	2	—	1	—	2	2	—	—	11	11
56 — 60..	16	5	4	4	2	3	4	3	1	—	32	61
61 — 65..	12	15	12	13	9	13	14	15	15	4	122	84
66 — 70..	20	24	18	19	19	21	20	15	8	4	168	131
71 — 75..	16	11	22	23	20	14	16	14	11	6	153	104
76 — 80..	10	16	19	16	23	24	15	15	7	9	154	110
81 — 81..	10	16	12	10	13	10	18	14	15	11	129	75
86 — 90..	11	4	7	3	5	11	9	7	8	4	69	41
91 — 95..	6	1	2	2	6	2	1	8	9	8	45	13
96 —100..	3	1	1	3	—	1	—	1	3	5	18	10
Au-dessus de 100..	1	2	1	1	1	—	1	1	6	3	17	4
Total des chiffres exprimant les diverses fréquences..	98	98	100	94	99	99	100	95	83	54	920	646

En établissant le pourcentage, on trouve pour les femmes enceintes le pouls : au-dessous de 60 : 11,45 p. 100 ; au-dessous de 65 : 24,45 p. 100 ; et au-dessous de 75, jusqu'à 60,8 p. 100. Le tableau suivant montre avec quelle fréquence, aux différents jours des suites de couches, les pulsations sont tombées au-dessous de 65 ou de 75.

TABLEAU 2.

FRÉQUENCES DU POULS OBSERVÉES	SUITES DE COUCHES 1er jour	2e jour	3e jour	4e jour	5e jour	6e jour	7e jour	8e jour	9e jour	10e jour des suites de couches
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Au-dessous de 65..	21.4	23.4	18	18	12.1	16.1	20	23.1	19.2	7.4 0/0
Au-dessous de 75..	58.1	59.1	58	62.7	51.5	51.5	56	51.5	42.1	25.9 0/0

Ces tableaux font voir que le nombre des pulsations au-dessous de 65 s'observe plus fréquemment au cours de la grossesse que dans aucun des dix premiers jours des suites de couches. Que celui au-dessous de 75 fut plus fréquent que pendant la grossesse seulement le quatrième jour des suites de cou-

ches. Que pour tous les autres jours des suites de couches, il reste inférieur, parfois même de beaucoup, à celui correspondant de la grossesse. Et la même proportion persiste, si l'on compare par exemple les nombres de pulsations au-dessous de 65 notés pendant les premiers jours des suites de couches avec la somme totale des observations analogues pendant la grossesse : soit 18,1 p. 100 pour les suites de couches et 24,45 p. 100 pour la grossesse. Ces résultats signifient qu'on *n'est pas en droit d'affirmer l'existence d'un ralentissement physiologique du pouls durant les suites de couches dans la mesure au moins où il a été admis jusqu'ici.*

Autres données de nature à compléter la physionomie de ces observations : le nombre moyen des pulsations pour les suites de couches était supérieur au nombre moyen pour la grossesse dans 45 cas.

Plus petit de......	1-5	pulsations par	minute que le chiffre moyen pour la grossesse.	21 fois
—	5-10	—	—	22 —
Plus petit de plus de	10	—	—	12 —

On n'est vraiment autorisé à noter un ralentissement du pouls réel, appréciable chez les accouchées, que dans les cas où la moyenne des pulsations est chez elles, au moins de plus de 10 pulsations inférieure à la moyenne correspondante pendant la grossesse. Or, il n'en fut ainsi que chez 12 femmes, soit dans seulement 12 p. 100 des cas. Si même, on calcule sur une différence moindre, de 5 à 10 pulsations par exemple, ce rapport ne s'élève qu'à 34 p. 100, un tiers des cas environ, en face desquels s'élèvent les 45 cas (45 p. 100) dans lesquels le chiffre moyen des pulsations pendant la grossesse est inférieur au chiffre correspondant des suites de couches.

Il ne peut donc être question d'une « règle générale. », *d'un état physiologique ; et nous ne pouvons voir dans les ralentissements peu importants que des exceptions. Nous ne pouvons que dire :* « cela arrive ».

De ces 12 cas de ralentissement 10 concernaient des multi-

pares et 2 seulement des primipares, observation d'ailleurs confirmée par tous les auteurs.

TABLEAU 3.

	PRIMIPARES	MULTIPARES
Nombre moyen pendant les suites de couches supérieur au nombre moyen pendant la grossesse.............	34	11
Nombre moyen pendant les suites de couches inférieur jusqu'à 5 à la minute au chiffre moyen de la grossesse.	12	9
Nombre moyen pendant les suites de couches inférieur de 5 à 10 à la minute à celui de la grossesse............	10	12
Nombre moyen pendant les suites de couches inférieur de plus de 10 au chiffre moyen de la grossesse.	2	10
	58 cas	42 cas

Le nombre moyen des pulsations pendant les suites de couches, s'éleva à 65 dans 11 cas, à 75 dans 58 cas, tandis que cette même moyenne pendant la grossesse resta dans 18 cas au-dessous de 65, dans 55 cas au-dessous de 75.

TABLEAU 4.

	50-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100	AU-DESSUS DE 100
La moyenne des pulsations pendant la grossesse atteignit..................	1	2	15	17	20	22	14	7	2	0	0 cas
La moyenne des pulsations (suites de couches), pendant les 7 à 10 prem. jours.	0	3	5	17	31	24	15	4	0	0	1 —
La moyenne des pulsations (Suites de couches, seulement les 7 premiers jours.)	0	3	8	28	19	28	9	5	0	0	1 —

Or, si l'on compare ces chiffres, ils enseignent qu'on est au moins aussi autorisé à parler d'*un ralentissement du pouls pendant la grossesse*, tandis que, par contre, on n'a aucune raison d'admettre un ralentissement du pouls pendant les suites de couches, par opposition au pouls de la grossesse.

Les deux tableaux suivants indiquent comment les moyennes de la grossesse et des suites de couches se correspondent

(tableau 5), et comment les chiffres de pulsations les plus élevés et les plus bas se répartissent sur les différents jours de suites de couches.

Tableau 5.

Chiffres moyens pendant la grossesse de	Chiffres moyens correspondants pendant les suites de couches de 55-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	au-dessus de 100	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
50 — 55 dans...	—	—	1	—	—	—	—	—	cas
56 — 60 — ...	—	—	1	—	1	—	—	—	—
61 — 65 — ...	1	—	6	3	—	5	—	—	—
66 — 70 — ...	—	3	4	6	3	1	—	—	—
71 — 75 — ...	1	3	8	4	4	—	—	—	—
76 — 80 — ...	—	3	4	4	11	1	—	—	—
81 — 85 — ...	—	—	3	1	3	2	3	1	—
86 — 90 — ...	—	—	1	—	6	—	—	—	—
91 — 95 — ...	—	—	—	—	—	1	1	—	—

Tableau 6.

	Chiffre minimum des pulsations	Chiffre maximum des pulsations
	—	—
Le 1er jour des suites de couches....	20 fois	17 fois
2e — —	20 —	8 —
3e — —	12 —	9 —
4e — —	10 —	10 —
5e — —	4 —	10 —
6e — —	10 —	4 —
7e — —	13 —	5 —
8e — —	16 —	13 —
9e — —	9 —	19 —
10e — —	1 —	15 —
11e — —	0 —	2 —

N.-B. — Quand le même chiffre *minimum* ou *maximum* se rencontra plusieurs jours de suite, il fut compté pour chacun de ces jours.

L'examen du tableau montre que la fréquence *minima* du pouls correspond au premier et au deuxième jour des suites de couches, puis au septième et au huitième jour. La fréquence *maxima* correspond aussi comme la *minima* au premier jour des suites de couches, puis aux huitième, neuvième et dixième jours, ainsi aux jours où les accouchées quittent le lit.

L'auteur, par suite de la rareté des cas, n'a pas élucidé la question de savoir si la lactation influe sur le pouls.

L'examen d'une courbe — tracée d'après les moyennes établies pour chacun des premiers jours des suites de couches — montre que du premier au huitième jour, la moyenne va de 71 à 75 pulsations pour s'élever à 78 le neuvième et à 81 le dixième. C'est au deuxième jour que correspond le pouls le plus ralenti ; au premier et au cinquième les moyennes sont à peu près les mêmes, tandis qu'au sixième et au septième la fréquence diminue un peu pour remonter lentement le huitième et rapidement le neuvième et le dixième jour.

Ces variations du pouls, d'après K. Heil, pourraient se comprendre de la façon suivante : Le ralentissement des deuxième et troisième jours serait l'effet du repos après un travail excessif; les élévations légères des quatrième et cinquième jours traduiraient *peut-être* une hyperactivité des actes nutritifs en rapport avec une alimentation devenue alors abondante. Enfin, les fréquences maxima des neuvième et dixième jours seraient dues à ce que les femmes quittent le lit et qu'elles se livrent à un exercice physique notable en comparaison du repos des premiers jours. Mais, d'après l'auteur lui-même, il est bon de n'accorder qu'une valeur relative à ces tentatives d'interprétation.

En faisant les réserves que commandent le nombre relativement restreint des cas (100) et les causes d'erreur que comporte l'étude d'un phénomène aussi délicat, aussi sujet à variations que le pouls, l'auteur pense avoir néanmoins démontré *qu'on ne saurait admettre, dans la mesure où cela a été fait jusqu'ici, un ralentissement physiologique du pouls pendant les suites de couches*. Il a d'ailleurs noté fréquemment un pouls lent, mais c'est là un phénomène qu'on rencontre aussi bien dans la grossesse. Il ne saurait donc plus être question du ralentissement physiologique du pouls des accouchées ; le pouls, à la vérité, peut être lent, et c'est là un phénomène de bon augure, mais il ne représente pas un attribut propre, exclusif aux suites de couches.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement des bartholinites chroniques (1), par M. Cordier.

Du traitement de la bartholinite aiguë je ne dirai rien, sinon qu'il me paraît préférable d'ouvrir tardivement l'abcès et même d'attendre l'ouverture spontanée si elle tend à se faire au voisinage de l'orifice naturel. Après une intervention hâtive, la guérison est moins complète et les récidives plus fréquentes. Si, pourtant, la douleur est très vive, si le pus menace de se faire jour en avant ou en dehors de la grande lèvre, il faut inciser, non pas sur le point le plus fluctuant, mais le plus près possible de l'orifice du canal excréteur.

Cette bartholinite aiguë, ou suraiguë, n'est vraiment grave que si elle affecte la forme récidivante ou devient une bartholinite chronique suintante.

Sous ces deux formes, elle fait le désespoir de la malade et du chirurgien.

Quatre ou cinq fois par an, voire même à chaque époque menstruelle, c'est une nouvelle poussée inflammatoire, un nouvel abcès qui s'écoule par l'orifice naturel et qui ne tarit jamais; dans les périodes d'accalmie, la glande continue à sécréter un liquide puriforme presque toujours contagieux.

Les poussées inflammatoires peuvent disparaître avec le temps, mais le suintement persiste avec ses dangers d'infection qui rendent presque impossible la fonction génitale. On comprend bien, dès lors, qu'en l'absence de tout traitement efficace on ait pratiqué l'extirpation totale de la glande.

C'est encore ce même traitement radical que l'on a préconisé dans les bartholinites kystiques. Comme cette variété est plus souvent indolente, non suintante, inoffensive, l'extirpation me paraît infiniment préférable. Si, pourtant, il y a du catarrhe concomitant, s'il y a quelques poussées inflammatoires ; si, enfin, pour des raisons d'un autre ordre, la malade veut absolument se débarrasser de cette petite

(1) Communication à la Société de chirurgie de Lyon.

difformité, le traitement s'impose, et le seul efficace jusqu'à ce jour est encore l'*ablation*.

Cette opération, pour être inoffensive, n'en est pas moins, sinon difficile, au moins très ennuyeuse. Je l'ai pratiquée deux fois; elle se fait à travers des tissus qui saignent beaucoup, dans une région difficilement aseptique ; de là, une suppuration prolongée et des cicatrices disgracieuses qui, au point de vue professionnel, ne sont pas sans importance.

Si encore on était à l'abri de toute récidive? Mais est-on jamais bien sûr, même avec les injections solidifiables, si tant est qu'elles soient pratiques, d'avoir enlevé la glande tout entière?

Il y a des récidives même après les opérations faites par des chirurgiens d'une habileté incontestable.

Peu satisfait de cette opération, à mon avis trop vantée, j'ai essayé, sans doute après beaucoup d'autres, d'injecter par le canal excréteur les solutions médicamenteuses les plus diverses. Quoiqu'on parvienne facilement à visser l'embout d'une seringue de Guyon dans l'orifice du canal toujours dilaté, les injections pénètrent mal et ne donnent aucun résultat.

Il fallait donc porter la solution choisie dans la glande même, en traversant les tissus avec la fine aiguille d'une seringue de Pravaz.

C'est ce que j'ai fait d'abord avec une solution de chlorure de zinc au 20e et, plus tard, avec la solution alcoolique d'acide salicylique en raison de son action toute spéciale sur les tissus épidermiques.

J'avais pu me convaincre, en expérimentant sur les cobayes, que l'acide salicylique en solution alcoolique était parfaitement toléré par les tissus. Même en solution saturée, il ne provoquait ni douleur vive, ni réaction inflammatoire violente, ni suppuration. Je pouvais l'injecter sans craindre autre chose que l'insuccès.

Les résultats obtenus ont dépassé mes espérances. Voici donc comment je procède.

Entre le pouce et l'index de la main gauche, je saisis la grande lèvre près de la fourchette ; j'immobilise ainsi sous le doigt la glande que l'on reconnait toujours très nettement pour peu qu'elle soit malade. Avec la seringue de Pravaz j'injecte dans la glande un demi-centimètre cube de la solution alcoolique salicylée, solution à saturation.

Les souffrances accusées par les malades sont toujours peu vives et surtout de très courte durée. L'inflammation ne se manifeste, le lendemain, que par un peu de gonflement disparaissant lui-même après

cinq ou six jours. A ce moment la sécrétion est tarie et la guérison complète.

Dans quelques cas, cependant, il a fallu faire une deuxième injection : elle est rarement nécessaire.

Il me serait facile de relater les nombreuses observations recueillies durant une année. Les internes et externes qui se sont succédé dans mon service ont été témoins des guérisons obtenues.

Elles sont si probantes qu'à mon avis le chirurgien serait coupable qui pratiquerait l'extirpation de la glande de Bartholin sans avoir, au préalable, essayé les injections intra-glandulaires d'alcool salicylé.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur les suppurations pelviennes, traitées par l'incision du cul-de-sac postérieur (1) (*suite et fin*).

M. Richelot. — Tout en rendant hommage à la sagesse des conclusions de M. Monod, je ne puis m'empêcher d'appuyer les réserves qui ont été faites par plusieurs de nos collègues.

J'ai signalé dans ma communication au Congrès de Genève sur le *Traitement chirurgical des suppurations pelviennes* (2), ces cas où la collection paraît très simple, en contact immédiat avec la paroi vaginale, bien disposée pour l'incision directe, et où cependant on trouve dans le cul-de-sac de Douglas autre chose que la partie déclive de l'abcès.

Il n'est pas toujours sans danger de faire traverser au contenu de la trompe un espace libre du péritoine. J'ai réussi, parfois, mais en passant par les transes que nous donnent les opérations obscures et défectueuses. D'autres fois, trompé encore par la saillie fluctuante du cul-de-sac de Douglas, je me suis trouvé en plein péritoine, sans adhérences, l'intestin grêle au voisinage du foyer, et je me suis arrêté pour ne pas faire un malheur.

M. Monod estime qu'on peut aborder par la voie vaginale même les salpingites haut situées et nettement justiciables de la laparotomie.

(1) Voir *Annales de gynécologie*, juillet 1898.

(2) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, septembre 1896.

Le péril est-il moindre ? Il m'est arrivé de manquer la poche tubaire trop élevée, de ne pas achever l'opération par prudence, et d'avoir cependant un résultat malheureux.

Reconnaissons qu'il y a des lésions d'une complexité dangereuse pour la méthode de l'incision simple, dans les cas mêmes où nous avons de bonnes raisons pour la préférer à toute autre.

M. Monod compte sur la guérison définitive? Il y a cependant des foyers tellement disposés que la guérison est impossible et se fait attendre indéfiniment; où les soins les plus attentifs, drainage, tamponnement, ne peuvent servir à rien.

Autre catégorie : certains foyers se ferment et guérissent, mais il survient une récidive par le réveil du même abcès ou l'évolution d'un autre plus profond.

Et de fait, quand on est tombé sur une collection abondante et qu'elle s'est largement vidée, il n'est guère possible d'en constater une seconde au-dessus de la première, et il serait imprudent de la rechercher à toute profondeur. Si tout n'est pas affaissé, qui vous dit que l'empâtement qui reste n'est pas un paquet d'anses intestinales? Qui de nous n'a vu, au cours des laparotomies ou des hystérectomies vaginales, que les tumeurs révélées par le palper bimanuel peuvent être formées par des choses imprévues?

Vous voyez qu'à chacune des conclusions de M. Monod, j'oppose un fait qui est de nature, sinon à la contredire, du moins à en restreindre l'optimisme et la généralité. Est-ce à dire que cette opération ancienne, l'ouverture d'un abcès, ait perdu toute valeur parce qu'il s'agit de la cavité pelvienne? Non certes; on peut faire, et j'ai fait maintes fois des incisions vaginales directes, suivies d'un plein succès. Permettez-moi donc d'en poser les indications comme je l'ai fait au Congrès de Genève, et à peu près dans les mêmes termes, car, depuis lors, je n'ai pas changé d'opinion.

L'incision directe — inutile d'insister — est le traitement du phlegmon du ligament large, saillant au niveau d'un cul-de-sac.

L'abcès péritonéal faisant bomber le cul-de-sac de Douglas, bien médian, bien liquide, flanqué d'annexes peu malades, guérit aussi par une simple incision, avec un bon drainage. Mais il n'est pas toujours facile d'affirmer que la collection liquide n'est pas accompagnée de lésions annexielles étendues, qui seront un obstacle à la guérison.

Quand la suppuration est latérale et contenue dans la trompe, on n'est pas moins embarrassé. Cependant, si la poche soulève la paroi

vaginale et se présente bien, si la suppuration n'est pas très ancienne, si la malade est jeune et si l'autre côté paraît sain, le devoir du chirurgien est tout tracé. Mais l'âge et la lésion unilatérale ne sont ici de bonnes raisons que si le foyer est très simple et très accessible ; car, s'il est plus élevé et d'un diagnostic moins sûr, la laparotomie, tout en respectant les organes sains, voit plus clair et fait mieux.

Un point d'une grande importance est la friabilité de l'utérus dans l'état puerpéral récent. Les tissus, en cas d'extirpation, donnent de mauvaises prises, se déchirent, et l'opération reste en plan ou devient périlleuse.

L'acuité des accidents, en cas d'infection récente, est un très bon guide, surtout à cause de la grande virulence du pus. En pleine septicémie, avec des températures élevées, la moindre souillure du péritoine est à craindre. La laparotomie alors est extrêmement dangereuse; l'hystérectomie vaginale, bien qu'elle expose beaucoup moins le péritoine à l'inoculation septique, est cependant fort délicate. En même temps, le mauvais état général peut engager le chirurgien à s'abstenir d'une grande opération pour aller au plus pressé; il est sage d'évacuer les abcès afin d'abaisser la température et d'arrêter l'infection, quitte à faire plus tard, si la malade n'est pas guérie, une opération plus radicale.

L'incision vaginale a donc, en somme, des indications positives, et notamment dans les infections récentes. Mais dans les plus anciennes, dans les suppurations chroniques, si parfois le réveil des accidents fébriles, des phénomènes de compression amenés par une grosse tumeur, enfin le mauvais état général poussent le chirurgien à suivre d'abord l'indication pressante et à soulager sa malade, c'est alors qu'il doit s'attendre à n'avoir qu'un résultat palliatif; c'est alors que la simplicité du foyer est un mythe, que les douleurs reviendront, que la fistule persistera ; c'est alors qu'il faut poser en principe que l'incision vaginale est insuffisante, et qu'elle doit se donner comme un traitement d'attente ou franchement céder le pas aux autres méthodes.

M. Hartmann. (Voir plus haut, page 108.)

M. Le Dentu. — Il y a quelques années, à une époque où l'incision des culs-de-sac vaginaux était tombée en discrédit auprès de beaucoup de chirurgiens, j'ai soutenu qu'elle offrait une ressource précieuse pour le traitement de certaines suppurations pelviennes. Je joignais ainsi mes efforts à ceux de Laroyenne et d'un très petit nombre de nos

collègues de Paris restés fidèles à cette ancienne pratique. C'est donc avec une réelle satisfaction que j'ai vu, depuis lors, s'accentuer un mouvement d'opinion en sa faveur. Après s'être manifesté au sein de notre Société par plusieurs communications et discussions importantes, ce mouvement a abouti finalement au plaidoyer très chaud de M. Monod, étayé d'une série de faits heureux. Nous en sommes à la deuxième oscillation du pendule ; la troisième sera sans doute caractérisée par une mise au point judicieuse, si j'en juge d'après les réserves apportées à cette tribune et que je partage ; j'estime qu'il ne faut pas trop demander à l'incision des culs-de-sac vaginaux dans le traitement des suppurations pelviennes, car ces dernières se présentent dans des conditions très diverses. Il me semble qu'en dépit des contradictions qui nous divisent encore, une opinion moyenne à peu près définitive pourra sortir de la discussion actuelle.

Prenons le cas le plus simple, celui d'une hématocèle transformée en collection purulente. Très souvent la poche est unique et assez régulière. En même temps qu'elle remonte plus ou moins haut vers l'ombilic, elle bombe vers le vagin, en refoulant l'utérus en avant, le cul-de-sac vaginal postérieur en bas, et en décollant la cloison recto-vaginale, de telle sorte qu'elle prédomine quelquefois jusqu'à la vulve. L'indication est précise : incision large de la saillie fluctuante, mise en place d'un gros drain en croix, ou de deux drains juxtaposés, qu'on introduit aussi loin que possible ; cette incision amène immédiatement une détente marquée ; la guérison survient après un laps de vingt-cinq à trente jours et est définitive au point de vue de la suppuration pelvienne.

L'hématocèle suppurée ne se présente pas toujours dans des conditions aussi normales. Il se peut que des cloisonnements en partagent la cavité en poches indépendantes. Il se peut aussi que des communications s'établissent entre cette cavité et les organes voisins : rectum, vessie. Dans le premier cas, l'incision pure et simple ne suffit plus ; une fois la poche principale largement ouverte, il faut pratiquer des dilacérations profondes pour convertir toutes les collections en une seule et assurer le drainage des plus éloignées. Or, ces manœuvres ne vont pas sans quelque danger, malgré la précaution prise de soutenir la paroi supérieure des abcès avec la main gauche appliquée sur le ventre. En dépit de ce risque, l'incision vaginale demeure encore l'opération de choix dans ces cas plus compliqués, parce que la laparotomie expose encore plus à la péritonite généralisée. Rien n'est plus

difficile, en effet, que d'aseptiser ces foyers irréguliers, à parois souvent minces, qui se rompent pendant les manœuvres et déversent leur contenu sur les compresses protectrices de la masse intestinale, ou trop fréquemment autour de ces compresses, sur l'intestin, l'épiploon ou les parois du petit bassin. Si le pus n'est pas aseptique, nous savons tous par expérience que la désinfection absolue des parties contaminées soit par le lavage abondant, soit à sec, n'est pas toujours réalisable. De sorte que si, en théorie, la laparotomie est plutôt indiquée dans le cas de poches multiples, ses risques sont encore plus grands que ceux de la cœliotomie, et l'avantage reste à cette dernière.

Le véritable risque de la simple incision vaginale ne réside pas dans l'insuffisance du drainage des poches purulentes, dans l'évacuation incomplète des foyers. Celui-là existe bien aussi; mais on peut y remédier par une hystérectomie vaginale ou par une laparotomie secondaire : il réside dans cette rupture, ou dans l'infection péritonéale encore possible, même s'il ne s'est pas produit une inondation purulente intra-péritonéale.

La conduite du chirurgien doit-elle être la même, lorsque le ou les foyers communiquent avec la vessie ou le rectum ? Évidemment non, parce que cette circonstance peut modifier notablement le pronostic opératoire. La laparotomie suivie de l'extirpation, ou simplement du tamponnement des poches, est trop périlleuse, même avec un drainage vaginal complémentaire. L'hystérectomie vaginale répond aux exigences de la situation, en dérivant la suppuration qui entretient la communication anormale; mais, outre qu'elle n'est pas toujours indispensable, elle ne met pas les malades entièrement à l'abri de l'infection par le passage des matières fécales et de l'urine dans la plaie opératoire. C'est alors le cas de se souvenir d'un autre mode d'intervention, peut-être un peu trop délaissé en ce moment, comme le fut jadis l'incision vaginale. Je veux parler de la kystopexie, appelée vulgairement la marsupialisation de la poche. La fixation de cette dernière à la paroi abdominale m'a donné quelquefois d'excellents résultats, d'où je tire en ce moment un argument que je crois de valeur, en faveur de ce mode opératoire dont la bénignité n'a pas besoin d'être démontrée.

Jusqu'ici, il a été principalement question des collections volumineuses, uniques ou multiples, se rattachant étiologiquement à l'infection d'une hématocèle, ne communiquant pas ou communiquant avec la vessie ou le rectum. Envisageons maintenant le cas même plus fré-

quent, des salpingites ou des tubo-ovarites suppurées, compliquées ou non de péritonite purulente enkystée et des mêmes communications avec les organes creux du voisinage.

Voici un premier cas: une des trompes ou l'ovaire est converti en une collection purulente d'un volume médiocre, comparable à celui d'un gros œuf de dinde ou d'un petit poing. Si cette collection vient à adhérer à l'un des culs-de-sac vaginaux, si la muqueuse cesse de glisser à sa surface, si l'on perçoit à son niveau une sensation de fluctuation assez nette ou de rénitence élastique, répartie sur tous les points de la tumeur, l'incision simple est indiquée. Elle exige seulement, comme précaution importante, qu'avant de la faire, on recherche avec soin les vaisseaux dont la blessure pourrait être grave. Elle est encore indiquée ou du moins justifiable, même si l'adhérence ne s'est pas encore établie entre la paroi de la poche et la muqueuse vaginale, à condition toutefois que la collection ne soit pas située trop haut et qu'elle ne soit pas assez mobile pour fuir devant le doigt et les instruments. Autrement, il serait préférable de faire d'emblée la laparotomie.

Voici un deuxième cas: les deux trompes, transformées en abcès et notablement dilatées, sont au contact, au-dessus du cul-de-sac de Douglas. Elles forment à elles deux une tumeur assez régulière, nettement pelvienne, ne dépassant ni le pubis, ni le promontoire. Il n'y a pas de plastron sus-pubien. Cette fois l'incision du cul-de-sac postérieur peut encore procurer une guérison parfaite; mais la distinction entre les cas récents et les cas anciens dont j'ai déjà affirmé l'importance ici même, il y a huit ans, me paraît tout à fait de mise. La suppuration est-elle aiguë, de toute fraîche date, incisez d'abord, ouvrez successivement les deux poches sans enlever l'utérus, quitte à en débarrasser la malade un peu plus tard. La suppuration se rattache-t-elle à des complications inflammatoires déjà anciennes, est-elle réchauffée ou est-elle demeurée à l'état chronique, l'incision cesse d'être suffisante. C'est l'hystérectomie vaginale qui est indiquée, ou la laparotomie, suivie ou non de l'ablation de l'utérus, si l'on croit pouvoir éviter à la malade les risques plus grands auxquels cette dernière opération semble encore exposer, malgré les progrès accomplis dans son exécution.

Dans un troisième cas, le nombre des poches ne peut pas être déterminé sûrement. La cavité pelvienne est remplie de collections irrégulières, à parois molles par places, fermes en d'autres points. La simple incision du cul-de-sac vaginal est ordinairement insuffisante; elle est

en plus dangereuse, car il arrive que les poches les plus élevées se rompent du côté de la cavité péritonéale pendant les manœuvres. Cet accident a causé la mort de deux ou trois de mes opérées. Si les collections entourent l'utérus en restant assez bas dans la cavité pelvienne, l'hystérectomie vaginale d'emblée doit être préférée sans hésitation. Si elles remontent beaucoup vers l'ombilic, si l'épiploon et probablement l'intestin y adhèrent, l'hésitation n'est pas plus permise; mais c'est par l'ouverture large du ventre qu'on portera le mieux remède à cette périlleuse situation. On pourra faire suivre l'extirpation des poches de celle de l'utérus.

Les considérations précédentes peuvent être résumées en quelques propositions :

A. — L'incision simple des culs-de-sac vaginaux est indiquée : 1° dans le cas d'hématocèle suppurée à poche unique ; 2° dans le cas d'hématocèle suppurée à cloisonnements, si une barrière solide d'adhérences paraît exister du côté de la cavité péritonéale : 3° dans le cas de salpingite ou d'ovarite suppurée unilatérale, à condition que la poche soit adhérente à la muqueuse vaginale, ou, si elle ne l'est pas, qu'elle soit peu élevée au-dessus du cul-de-sac ; 4° dans le cas de salpingite suppurée double, à condition que les deux poches purulentes soient accolées, semblent n'en faire qu'une et soient peu élevées dans le petit bassin ; 5° d'une façon générale, l'ancienneté des lésions, leur marche plutôt chronique indiquent une autre opération, même lorsque ces lésions réalisent les conditions que je viens d'énumérer.

B. — L'incision des culs-de-sac vaginaux est contre-indiquée : 1° dans le cas d'hématocèle suppurée, à nombreux cloisonnements, surtout lorsque les limites supérieures des lésions sont imprécises et qu'il y a lieu de craindre la rupture des adhérences les plus élevées pendant les manœuvres ; 2° lorsqu'il y a des raisons de soupçonner l'existence d'une salpingite ou d'une ovarite unilatérale ou double, compliquée de péritonite enkystée à une ou plusieurs loges ; 3° lorsque le foyer, même peu développé, est situé assez haut par rapport à l'utérus ; 4° lorsque l'épiploon est induré et épaissi au-dessus de la tumeur et contribue grandement à la former.

C. — Dans tous ces cas, il faut d'emblée faire l'hystérectomie vaginale ou la laparotomie. La bénignité relative de la première la recommande toutes les fois que les poches sont basses, et entourent l'utérus de toutes parts. Il y a seulement à regretter que l'extirpation des annexes malades et fortement adhérentes, soit si souvent incomplète

et qu'il en résulte pour les opérées des accidents ou des troubles de santé ultérieurs, avec lesquels il faut compter.

D. — La laparotomie doit être préférée sans hésitation toutes les fois que les collections purulentes remontent très haut, que l'épiploon est impliqué dans la tumeur, que des adhérences intestinales multiples sont très probables, ou encore lorsqu'une poche purulente unique et assez bien limitée se trouve placée trop haut au-dessus du vagin, pour qu'on soit sûr de l'atteindre, de l'ouvrir et de la drainer sans risque d'infection du péritoine voisin.

E. — Enfin, si l'incision des culs-de-sac n'a pas procuré une guérison complète, on doit pratiquer sans beaucoup attendre une hystérectomie vaginale ou une laparotomie secondaire. Ordinairement, l'ouverture simple du foyer ou des foyers a pour résultat de mettre les malades dans des conditions plus favorables pour une autre intervention. Même si l'on a des raisons de penser d'emblée que la première intervention ne sera pas suffisante, il y a avantage, quand il s'agit de malades très épuisées par une inflammation aiguë, à agir en deux temps convenablement espacés.

L'incision des culs-de-sac est donc, suivant les circonstances, une opération d'attente, imposée par la marche de la maladie, ou une opération d'attente systématique; mais assez fréquemment pour que la confiance en elle ne soit pas profondément ébranlée par ses insuccès, elle est complètement et définitivement curative.

M. Potherat. — D'après les faits que j'ai observés, je suis conduit à cette conclusion que l'ouverture par le vagin doit être réservée aux collections aiguës, simples, uniques, bombant vers le vagin. Appliquée aux collections plus ou moins anciennes, subaiguës, à parois épaisses, bilatérales ou multiples, elle ne donnera qu'une amélioration momentanée. L'incision préalable n'aura d'avantage que dans ces cas exceptionnels où il existe une vaste suppuration ancienne, dans un organisme profondément débilité.

Opération *d'attente* pour les uns, *d'urgence* pour les autres, l'ouverture des collections tubo-ovariennes, par incision du cul-de-sac postérieur, qu'on la considère comme opération définitive ou comme opération préalable, ne s'adresse qu'à un petit nombre de cas tout particuliers ; c'est, en réalité, une *opération d'exception*.

M. Tuffier. — J'aborderai trois points : les indications, le manuel

opératoire, les résultats immédiats et éloignés de la colpotomie postérieure. Je m'efforce toujours de porter un diagnostic, malheureusement difficile et quelquefois erroné, et je distingue les hématocèles suppurées, la pelvipéritonite, la périmétrite suppurée et les salpingites, et chacune de ces variétés se présente sous forme aiguë ou chronique. J'ai opéré par colpotomie 66 suppurations, dont 21 hématocèles infectées, que je n'envisagerai pas ici, et 45 collections péri-utérines dont 8 pelvipéritonites, 7 périmétrites post-partum, 30 collections salpingiennes, ayant une ou plusieurs poches, ce diagnostic étant aussi précis que les signes cliniques et les constatations anatomiques pendant l'opération nous ont permis de le faire.

Si j'examine les indications qui se posent, je trouve que mes malades qui ont bénéficié de l'intervention, sont celles qui portaient de grosses collections *postérieures* ou *unilatérales* uniques ou multiples. Un second facteur important consiste dans la marche rapide, l'*état aigu* phlegmoneux ou accompagné de fièvre de ces lésions; je considère alors l'incision comme la méthode de choix, surtout si les poches ouvertes ont une paroi *mince* facilement appréciable par le palper et le toucher.

J'ai pratiqué des incisions de salpingites dans ces cas où on est obligé d'ouvrir le cul-de-sac postérieur pour aller ensuite chercher en traversant le péritoine la *collection libre en arrière* ; si j'ai eu quelques succès, j'ai reconnu également là des difficultés et surtout des dangers qui m'ont fait préférer, dans ces cas, la laparotomie ou l'hystérectomie. D'ailleurs cette colpotomie peut n'être que le premier temps de l'hystérectomie et j'ai dû quelquefois terminer ainsi des opérations, dans lesquelles l'évacuation des poches me paraissait trop difficile. Dans tous les cas de suppurations multiples, compliquées de grosses masses péri-utérines avec parois épaisses formant un gâteau bilatéral, l'incision du cul-de-sac m'a conduit dans plus de la moitié de ces cas à faire une hystérectomie ou une laparotomie secondaire. Mais ces opérations sont beaucoup plus bénignes, plus faciles et tout aussi efficaces qu'une intervention primitive; je ne vois donc aucun inconvénient à élargir le cadre de la colpotomie, et je regarde cette opération comme excellente.

Il est cependant une indication de la colpotomie, dont nous n'avons pas assez tenu compte. Je veux parler des *soins ultérieurs* que doivent prendre les malades. Le traitement post-opératoire après la colpotomie est *long* et *minutieux*. Il y a un second inconvénient, c'est de laisser persister la cause de l'infection et de nécessiter le traitement de l'uté-

rus ou des annexes. Il faut, après que ces femmes ont été opérées, guéries et cicatrisées, un *long traitement* dont le repos absolu, les bains, l'évacuation intestinale régulière, peuvent faire tous les frais. Je considère ce traitement post-opératoire comme indispensable sous peine de dangers de récidive, et cela pendant des semaines, souvent même pendant des mois.

En somme, les hématocèles suppurées, les périmétrites, les pelvipéritonites post-partum, les grosses poches pyosalpingiennes haut ou bas placées, les suppurations aiguës postérieures ou latérales, me paraissent justiciables de la colpotomie, qui peut assurer leur guérison ou faciliter et rendre plus bénignes une laparotomie ou une hystérectomie secondaire.

Le manuel opératoire que j'emploie est l'incision postérieure à la base du col comme pour une hystérectomie. Cette incision doit être large toutefois. Il m'est arrivé dans deux cas de sectionner une grosse branche utérine, j'ai pincé la première et angiotripsé la seconde (mai 1898) ; j'aborde toujours les collections latérales par leur partie postérieure, je les déchire largement, je les vide, je m'assure qu'elles sont probablement uniques, j'ouvre les autres grosses collections si je les perçois facilement, puis j'assèche et je draine le tout par de gros drains, maintenus en place par leur bout en T, et souvent par un point de suture au col. Je place autant de drains que j'ai ouvert de poches. Leur extrémité inférieure plonge dans du chiffonné intravaginal de gaze aseptique. Ces drains doivent rester longtemps en place, jusqu'à ce qu'ils soient repoussés, et c'est dans la permanence et la perfection de ce drainage que résident vraiment tout le secret du succès, et tout l'ennui des pansements consécutifs.

Après la colpotomie, ou bien les accidents cessent et progressivement la cavité se comble en quelques semaines, les indurations, l'empâtement péri-utérin disparaissent après quelques mois ; ou bien, les accidents septicémiques persistent, c'est alors à l'ablation par voie abdominale ou vaginale que je recours ; c'est encore cette ablation qui est nécessaire quand après plusieurs mois les malades souffrent et sont menacées de rechutes d'accidents aigus. Là encore, je dois ajouter que des soins prolongés peuvent guérir les malades sans nouvelles interventions. Ce qui, joint à ce fait que les opérations secondaires sont à coup sûr plus bénignes que les opérations primitives, me fait regarder la colpotomie comme un moyen thérapeutique très précieux dans le

traitement d'un très grand nombre de suppurations pelviennes qu'il nous est nécessaire de *préciser anatomiquement*.

M. Chaput. — Je suis en communion d'idées à peu près complète avec M. Monod, car l'incision des suppurations pelviennes par le vagin m'a donné des résultats aussi satisfaisants que possible.

On peut distinguer les abcès pelviens d'après leur siège, en antérieurs, postérieurs et latéraux.

Les abcès postérieurs se divisent en plusieurs variétés :

1° *Abcès sous-péritonéaux*, produits alors par l'extension d'une suppuration des ligaments larges ;

2° *Abcès intra-péritonéaux* (pelvipéritonite suppurée, hématocèle suppurée);

3° *Abcès intratubaires ou ovariens;* ces derniers sont, ou bien très élevés et inaccessibles par le vagin, ou moins élevés et accessibles par cette voie.

Les abcès antérieurs reconnaissent des variétés analogues : abcès sous-péritonéaux d'origine lymphatique, abcès intra-péritonéaux du cul-de-sac vésico-utérin, et abcès intratubaires ou ovariens plus ou moins élevés.

Les abcès latéraux se divisent en :

1° *Postéro-latéraux* (sous-péritonéaux, intrapéritonéaux, intratubaires ovariens, accessibles ou élevés) ;

2° *Latéraux proprement dits :* abcès bas situés de la gaine hypogastrique, abcès haut situés de la gaine de l'utéro-ovarienne (variétés décrites par Pierre Delbet) ;

3° *Antéro-latéraux*, avec les variétés déjà signalées (sous-péritonéaux, intrapéritonéaux, intratubaires ou ovariens, bas ou élevés).

Ajoutons encore les cas complexes où plusieurs variétés d'abcès coexistent.

Le point important, au point de vue thérapeutique, c'est la situation basse ou élevée des abcès; les abcès élevés étant seuls une contre-indication à l'incision vaginale, tandis que tous les autres en sont justiciables.

Manuel opératoire. — L'index gauche est introduit dans le vagin ; un aide déprime la paroi abdominale, de façon à refouler l'abcès en bas. Je saisis, de la main droite, une pince pointue, spéciale, que j'ai fait construire, *pince trocart*, avec laquelle j'embroche l'abcès à travers les

parois vaginales. J'agrandis l'orifice de la ponction en écartant les mors de la pince ; le pus s'écoule. L'index gauche va à la recherche des autres poches qui pourraient coexister, et le même traitement leur est infligé. Je nettoie le vagin et la poche avec des éponges montées, puis je fais l'hémostase avec une grosse éponge qu'on laisse à demeure pendant quarante-huit heures (procédé de Laroyenne); au bout de ce temps, j'enlève l'éponge et je la remplace par un gros tube de caoutchouc de 14 millimètres de diamètre, muni d'ailettes, grâce auxquelles il ne peut tomber dans le vagin. A partir de ce jour, l'opérée est mise aux injections vaginales données par une garde. De temps en temps, le chirurgien nettoie le vagin avec des tampons; il change le tube quand celui-ci paraît altéré.

Le tube est chassé par les progrès de la cicatrisation ; il tombe au bout de trois à cinq semaines.

Résultats. — J'ai fait quarante fois la ponction vaginale pour des abcès pelviens ; toutes nos opérées ont guéri, sans exception.

Deux fois j'ai vu survenir des fistules recto-vaginales dans des cas où l'abcès était sur le point de s'ouvrir dans le rectum ; ces fistules ont guéri spontanément en quelques semaines.

La plupart des malades guérissent en trois ou cinq semaines. Au début, quelques-unes ont guéri plus lentement, lorsque je faisais des injections dans la poche; j'ai ensuite supprimé cette pratique. Les abcès intrapéritonéaux, sous-péritonéaux et les abcès tubaires ou ovariens à parois minces, guérissent en six à huit jours. Les tubes à ailettes sont inutiles ici, des mèches de gaze suffisent.

Seules les poches tubaires, à parois épaisses, demandent de quatre à cinq semaines pour guérir au moyen du drain.

Deux de mes malades sont guéries, sans récidives, depuis six ou huit ans.

Toutes les autres, plus récentes, ont guéri sans autre opération et sans récidive, à l'exception de deux malades, dont le traitement consécutif n'a pu être surveillé par moi. La récidive peut être attribuée soit à un défaut de traitement, soit à une nouvelle inoculation des trompes par l'utérus.

Indications opératoires. — J'attaque systématiquement, par la ponction, toutes les poches accessibles, et par accessibles j'entends celles que ma pince-trocart peut atteindre.

Souvent j'emploie la ponction comme moyen de diagnostic lorsque l'abcès n'est que soupçonné.

Enfin, nous avons vu que la ponction vaginale pouvait succéder à une laparotomie exploratrice révélant des contre-indications à l'opération par la voie haute.

Lorsque les poches sont très élevées, je les attaque par la laparotomie.

Je réserve l'hystérectomie vaginale :

1° Aux cas où la laparotomie révèle des lésions trop graves pour une opération intrapéritonéale.

2° Lorsque la ponction, répétée à plusieurs reprises, a complètement échoué, et que l'utérus est englobé dans une gangue inflammatoire, située au voisinage du vagin.

Quoi qu'il en soit, je dois dire que, sur mes quarante opérations vaginales, je n'ai pas une seule fois été obligé de faire une laparotomie ou une hystérectomie secondaires.

M. Monod. — Je remercie tout d'abord mes collègues de l'attention qu'ils ont bien voulu prêter à ma communication. Quoiqu'un peu malmené, je me félicite d'avoir porté à nouveau devant vous l'importante question de la cure chirurgicale des salpingo-ovarites suppurées.

Je dis *salpingo-ovarites*, car il n'a pas été dans ma pensée d'aborder ici l'histoire du traitement de toutes les suppurations pelviennes, et vous me permettrez, dans cette courte réplique, de ne pas suivre sur un aussi vase terrain ceux d'entre vous qui ont à tel point élargi le débat. Me limitant aux faits que j'ai visés, je crois pouvoir dire que nous ne sommes pas si loin de nous entendre qu'il a paru à quelques-uns.

Il me suffit, pour l'établir, de rappeler les paroles qui terminaient ma note du 4 mai dernier.

Que disais-je, en effet ? — « Que toute collection siégeant d'un seul côté de l'utérus, chez une jeune femme, et lorsque le cas est récent, si elle est abordable par le vagin, doit être d'abord attaquée par cette voie ; l'opération, ajoutais-je, sera souvent curative ; elle ne mettra pas obstacle, si elle ne donne pas le résultat voulu, à une intervention ultérieure plus radicale ». Elle aura été alors, suivant l'heureuse expression plusieurs fois répétée à cette tribune, une opération d'attente. Je crois que, pour la plupart, vous souscririez à des conclusions aussi modérées.

Jamais je n'ai dit, comme on a semblé le croire, que la voie vaginale dût être employée à l'exclusion de toute autre. J'aurais même pu, si

j'avais voulu traiter la question dans son ensemble, vous apporter un nombre égal d'observations où il m'a paru meilleur d'avoir recours soit à la laparotomie, soit à l'hystérectomie vaginale.

Jamais non plus je n'ai soutenu que l'ouverture par le vagin des collections pelviennes ne donnait que des succès. Pour trouver des insuccès et même des morts, il suffisait de parcourir mon travail, où les mauvais résultats comme les bons sont consignés.

Je me sépare cependant de la majorité d'entre vous en ceci que, pour moi, ce procédé devrait être plus souvent employé qu'il ne l'est ; que, plus souvent aussi qu'on ne le croit, il donne des guérisons durables. Et encore suis-je ici en bonne compagnie, — avec M. Routier, qui y a eu recours plus de 150 fois, et qui « estime l'opération bonne, sans gravité, tout au plus parfois insuffisante » ; — avec M. Le Dentu qui, malgré des réserves, croit qu'elle est « assez souvent complètement et définitivement curative » ; — avec M. Hartmann, qui nous disait que, sur ses vingt-trois opérées par ce moyen, dix-neuf « peuvent, jusqu'à un certain point, être regardées comme guéries » ; — avec M. Reynier lui-même, qui a pratiqué plus de 60 élytrotomies pour lésions suppurées péri-utérines et qui trouve que, dans certains cas, l'incision du cul-de-sac est une « méthode de choix ».

Je joins à ces noms ceux de MM. Tuffier et Chaput, qui viennent de nous montrer qu'ils sont partisans de l'incision vaginale lorsqu'elle est bien indiquée.

Pour ma part, j'ai été conduit à étendre le champ des indications de l'incision des culs-de-sac dans les suppurations pelviennes par cette considération *à priori* que, pour les ovaro-salpingites suppurées, comme pour les abcès d'autres organes, il devait parfois suffire de donner issue au pus, sans qu'il fût absolument nécessaire de pratiquer l'ablation de la partie malade.

Je sais que cette opinion paraît à beaucoup contestable. C'est là une question de fait que l'avenir et l'observation clinique trancheront. Il m'a paru du moins que dans bon nombre des cas que je vous ai rapportés, chez des opérées revues, la guérison persistait. Est-elle vraiment définitive ? Je le pense. Mais alors même que je me tromperais, peut-on compter pour rien que de n'avoir pas d'emblée imposé à une femme jeune une mutilation dont on ne saurait nier les inconvénients.

Reste l'objection des dangers de l'opération. Mes excellents collègues Ricard, Schwartz et Richelot nous ont apporté à cet égard des observations bien faites pour nous détourner à jamais de toute intervention

de ce genre. Je crois cependant pouvoir faire observer à M. Schwartz qu'il est tombé sur une série particulièrement malheureuse. Et, d'autre part, MM. Ricard et Richelot reconnaissent que, chez la plupart de leurs malades, on ne pouvait songer à une intervention autre que l'incision vaginale. Est-il juste de mettre au compte du procédé employé un insuccès qui relève bien plutôt de la gravité du cas : étendue des lésions ou infection déjà profonde de la maladie?

En fait, la plupart de mes honorables contradicteurs, s'ils ont pu contester l'efficacité de l'opération, ont été du moins d'accord pour proclamer sa bénignité relative.

M. Richelot, qui s'étonne un peu de la tranquillité d'âme avec laquelle j'entreprends une intervention aussi redoutable, n'a-t-il pas terminé sa communication en nous citant des faits où il n'a eu qu'à se louer d'y avoir eu recours? N'est-ce pas qu'il a su bien choisir ses cas? Le secret des succès que j'ai obtenus, n'est-il pas dans ce choix judicieux que je me suis, moi aussi, efforcé de faire?

Je persiste donc à penser que, sans vouloir appliquer l'incision vaginale à toutes les variétés de collections pelviennes, en la réservant aux circonstances que j'ai spécifiées, — femme jeune, lésion unilatérale, affection récente, — en l'exécutant de la façon que j'ai dite (1), cette opération — alors même que la lésion est un peu haut située, pourvu qu'elle soit accessible par le vagin — mérite de conserver sa place à côté de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale dans le traitement chirurgical des abcès des trompes et ovaires et des collections qui les avoisinent.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séances de janvier à avril 1898.

Loviot. *a)* **Cas de chorée pendant la grossesse.** — Observée chez une secondipare, vers le troisième mois de la grossesse. A noter dans

(1) Je suis heureux de saisir l'occasion de rappeler que, comme moi, mais avant moi, M. Laroyenne, dans une communication au Congrès de Rome en 1894, et son élève M. Gouilloud, en diverses publications qui m'avaient échappé, ont insisté sur l'importance qu'il y avait, après l'incision du vagin et l'évacuation d'une première collection suppurée ou séreuse, de rechercher et d'ouvrir un foyer plus haut situé.

les antécédents : une première attaque de chorée, intense, vers l'âge de 14 à 15 ans, et une seconde manifestation, mais beaucoup plus légère, de la même maladie à l'occasion de la première grossesse. — Cette fois, deuxième grossesesse, l'attaque fut sévère, et la gravité et la ténacité des accidents (délires, *insomnie absolue*) imposèrent une thérapeutique radicale, l'accouchement prématuré. L'évacuation de l'utérus, sans amener la guérison immédiate complète, mit fin du moins aux accidents graves. La santé se rétablit presque entièrement après le retour de couches, auquel survécut seulement un peu de nervosité et d'agitation des mains.

b) **Sur l'emploi artificiel du sérum chez les nouveau-nés.** — Chez un nouveau-né de deux mois et demi, réduit à un état grave par des accidents de dyspepsie gastro-intestinale (vomissements, diarrhée), pour hydrater les tissus qui se desséchaient et remonter la vitalité, utilisation, indépendamment des lavages de l'estomac et des lavements abondants antiseptiques et alcalins, d'injections sous-cutanées de sérum (chlorure de sodium 10 grammes pour eau bouillie 1,000) à la dose quotidienne ou bi-quotidienne de 28, 30, 40 et 50 grammes. Résultat satisfaisant.

Doléris, présente un nouveau **modèle de perce-membranes** (maison Collin) avec l'emploi duquel il a cherché à réaliser surtout ces *desiderata :* exploration facile et sans dangers, perception exacte des moindres sensations, déchirure aisée des membranes résistantes, et, surtout, emploi d'une seule main, d'un seul doigt pourrait-on dire.

Discussion. — Charpentier rappelle qu'Asdrubali avait déjà imaginé un perce-membranes.

Pasteau et d'Herbécourt. **Traitement des infections rénales au cours de la grossesse.** — 28 ans, primipare, grossesse vers le quatrième mois. Accidents graves, causés par de la cystite compliquée d'infection rénale (mictions fréquentes, douloureuses, vessie douloureuse à la palpation, au contact, à la distension ; tuméfaction douloureuse au niveau du rein droit, émission d'urines troubles, déposant, par le repos, une quantité considérable de pus). On commença par traiter la cystite, et les lavages avec des solutions boriquées et au nitrate d'argent à 1 p. 1000 donnèrent de bons résultats. Toutefois, comme les accidents se prolongeaient, probablement parce que le rein ne se vidait pas et que, par suite, il se produisait des accidents de rétention, on

eut recours à un procédé nouveau qui se montra efficace : *distension momentanée de la vessie chaque jour* (d'abord 180 grammes de liquide, puis successivement 210, 220, 300 grammes). Sans doute, la vessie ainsi distendue soulevait l'utérus, changeait ses rapports avec l'uretère, et soustrayant celui-ci aux phénomènes de compression, rendait plus facile l'évacuation des voies supérieures. Les auteurs insistent sur les précautions à prendre en appliquant ce procédé thérapeutique : *il faut employer la réplétion et même la distension de la vessie en se rappelant qu'elle doit être momentanée pour n'être pas dangereuse, et répétée pour pouvoir devenir réellement utile.*

Discussion. — Doléris a observé un cas offrant quelques analogies. Femme atteinte avant sa grossesse d'une cystite avec pyélo-néphrite ascendante et ouverture d'un abcès rénal à la région lombaire. La grossesse se compliqua de troubles semblables à ceux décrits dans le cas précédent, mais sans jamais présenter de gravité sérieuse.

Durante. **Gommes congénitales et symétriques des sterno-mastoïdiens.** — Chez un nouveau-né, extrait avec le forceps, constatation dans les trois ou quatre premiers jours après la naissance, au niveau de la partie moyenne des sterno-mastoïdiens, d'une induration circonscrite sans altération des téguments sous-jacents et un peu plus notable à gauche qu'à droite. Mort de l'enfant, le dix-huitième jour, avec des accidents de diarrhée verte. — A l'autopsie, on constate que ces tumeurs sont sous-aponévrotiques, qu'elles sont en plein tissu musculaire, sans capsule propre, sans démarcation avec les éléments musculaires. D'autre part, l'examen *histologique* montra qu'il s'agissait de lésions congénitales, non d'origine traumatique, ni de nature tuberculeuse, mais très vraisemblablement de nature syphilitique (*gommes*). Processus pathologique à début vasculaire, endo et périartérite ; de plus, amas de cellules rondes caractérisant les gommes histologiques, puis processus intense de sclérose d'abord inter-fasciculaire, ensuite intra-fasciculaire, entraînant consécutivement l'atrophie simple des éléments musculaires, atrophie qui peut être le point de départ de déformations ultérieures, et d'attitudes vicieuses.

Discussion. — Kirmisson trouve un très grand intérêt à cette communication et pense qu'elle fournit l'explication de bon nombre de cas de torticolis congénitaux, dont l'interprétation, en dehors de celle de la nature syphilitique, est très difficile. — Bar invoquant l'absence d'altérations viscérales syphilitiques et Porak l'absence de tous symp-

tômes syphilitiques chez la mère, émettent des doutes sur la réalité de l'origine syphilitique dans le cas précédent.

DOLÉRIS. — Se basant sur cette notion d'observation clinique que « la proportion des femmes arrivées au dixième ou douzième jour de l'accouchement, en conservant encore des aptitudes, des dispositions fâcheuses à des malaises graves (métrite, prolapsus, rétroversion, colpocèle, etc.), est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit », D. insiste sur la nécessité d'un **examen gynécologique** et, le cas échéant, d'un **traitement prolongé des accouchées.**

D'HERBÉCOURT. **Cas d'hématomyélie chez un nouveau-né.** — Le nouveau-né dut être extrait avec le forceps, et subit plusieurs applications de l'instrument (2 avec le forceps Tarnier, 1 avec le forceps de Poullet). La mère avait un bassin rachitique avec un diamètre P. S.-P. de 10,9. L'enfant, venu en état de mort apparente, fut examiné. Et, à ce moment, on constata qu'un seul côté de la poitrine respirait, *du côté droit de la poitrine tout mouvement inspiratoire était aboli.* L'enfant ne vécut que deux heures et demie. Examen histologique de la région comprise entre la région moyenne du pont de Varole où l'on ne constatait plus de lésion à l'œil nu et la 5e cervicale où la moelle paraissait saine : dans le tiers inférieur de la protubérance, toute la région postérieure est normale, les faisceaux nerveux n'ont pas d'altérations, les cellules nerveuses sont bien conservées. Dans la portion antérieure correspondant à la zone motrice, on observe une dilatation intense des capillaires qui, remplis de sang, dessinent un lacis autour des différents faisceaux des voies pyramidales et même dans leur intérieur.

Coupe du bulbe au niveau des racines du grand hypoglosse. A ce niveau, pas de foyers hémorrhagiques, dilatation vasculaire moins importante que plus haut ; les différents noyaux, bien marqués, sont formés de cellules normales. Les faisceaux nerveux présentent un degré de développement normal pour cet âge, tout au plus pourrait-on dire qu'il existe un œdème léger dans les faisceaux qui se distribuent en éventail dans l'intérieur de l'olive. Les uns présentent en un seul point correspondant à la partie postérieure des faisceaux pyramidaux un œdème léger de leur tunique externe, l'adventice semblant plus lâche que dans les autres portions. Disons enfin que dans une seule coupe il existe au milieu du faisceau pyramidal d'un côté deux petits amas de cellules rondes siégeant autour de 2 capillaires ayant tout l'aspect de nodules inflammatoires, le capillaire qui y rentre et

qui en ressort est normal. C'est une simple infiltration de leucocytes très limitée dans une paroi externe d'un vaisseau.

Région cervicale supérieure, foyer hémorrhagique bilatéral de la partie externe des deux cornes antérieures. Pas de lésions des parois vasculaires (infiltration, endopériartérite); mais, par contre, dans la moelle antérieure et postérieure, dilatation des vaisseaux et œdème de la région antérieure des espaces périvasculaires et également marqué par places autour des cellules des cornes antérieures.

Cellules normales.

Plus bas on retrouve les deux foyers. Un des rameaux de l'artère collatérale antérieure, au niveau de la racine de la corne antérieure, en pleine substance grise, est atteint d'endopériartérite, lésion qui se retrouve dans un petit vaisseau sur le bord externe de cette corne.

Dans la région cervicale située au-dessus de la quatrième paire, foyer hémorrhagique très limité, invisible à l'œil nu, mais qui est remplacé par une dilatation considérable des vaisseaux dans la corne antérieure; — œdème autour des cellules des cornes antérieures notablement plus marqué que plus haut, surtout dans la région externe des cornes où les capillaires ont résisté.

Conclusions. — Hémorrhagie congestive bilatérale, vaisseaux déjà malades. Pathogénie non expliquée par un traumatisme et amenant des troubles respiratoires localisés et unilatéraux.

LEMONNIER. **Note sur une grossesse extra-utérine remontant à 24 ans et dont l'expulsion s'est faite par l'intestin. Deux grossesses à terme postérieures à cette conception.** — Première grossesse en 1872 qui évolue régulièrement jusqu'à terme; à la date du terme, chaque jour, douleurs pendant environ deux heures. Puis, cessation entière des douleurs. A ce moment, on fit le diagnostic de grossesse extra-utérine (Demarquay et Guéneau de Mussy). Pas d'opération. En 1878 et en 1881 deux nouvelles grossesses, qui se terminèrent à terme normalement; accouchements naturels, suites de couches normales. En juillet 1896, expulsion par l'intestin de débris osseux, fragment du lithopædion vestige de la grossesse extra-utérine constatée 24 ans avant.

PICHEVIN et LÉON WEBER. — A l'occasion de deux cas de kystes vulvaires observés à l'hôpital Necker, les auteurs font une étude intéressante des **kystes wolffiens de la vulve**, dont les conclusions sont les suivantes: « Il existe à la partie supérieure de la vulve, outre les

kystes glandulaires par rétention, des kystes cliniquement semblables, mais de structure différente, dont le diagnostic s'établira surtout par l'examen histologique. Les uns se développent dans les canaux de Skene et se reconnaissent à leur épithélium spécial. Les autres prennent évidemment leur origine dans les canaux de Wolff-Gartner. Des arguments tirés de l'anatomie comparée, de l'embryologie, de la clinique, démontrent, en effet, l'existence de vestiges wolffiens au niveau du vestibule. D'autre part, les cas que nous avons réunis, s'ils ne possèdent aucune preuve particulière entraînant l'absolue certitude, réunissent un faisceau de caractères qui permettent de leur assigner presque à coup sûr une origine wolffienne. »

BLONDEL. **Un cas d'utérus bi-partitus ayant donné l'illusion d'une perforation au cours d'un curettage.** — Anomalie observée chez une femme âgée de 25 ans, mariée depuis deux ans, pas de grossesse. Depuis un certain temps, symptômes d'endométrite, ménorrhagies, catarrhe muco-purulent dans l'intervalle des menstruations. Pour ces accidents, on fait le curettage. A un moment donné, malgré les précautions prises, la curette a l'air de produire une perforation, et parcourt un trajet d'environ 2 à 3 centim. qu'on suppose en dehors de la matrice. Avec l'idée qu'il vient de se produire une perforation utérine, la malade est très surveillée et soumise au repos absolu. Pas le moindre accident. Au bout de huit jours, la femme est autorisée à rentrer chez elle. Pendant cinq mois, amendement des accidents contre lesquels le curettage avait été fait. Après cet intervalle, retour d'accidents, pour lesquels on fit un second curettage. « Tout comme la première fois, la curette rencontra sur le côté de l'organe, au-dessous de l'angle tubaire, un trou dans lequel elle pénétra, etc. » La dilatation de l'utérus à cette occasion, et l'examen de la cavité utérine avec un appareil électrique spécial, démontrèrent qu'il s'agissait d'un utérus bi-partitus, que la curette avait pénétré dans la deuxième cavité, et qu'il n'y avait pas eu de perforation. Le deuxième curettage, qui porta sur la seconde cavité, fut d'ailleurs suivi d'une guérison définitive.

TREUB. **Cas rare de complication de l'accouchement par un kyste dermoïde.** — Accouchement laborieux, prolongé, par suite de la présence d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit. La tumeur proéminait fortement vers le vagin, refoulant plus particulièrement la paroi vaginale postéro-latérale droite. Le médecin, qui communiqua cette observation à Treub, intervint avec le forceps, et au cours de l'extraction

pénible, vit tout à coup la tumeur s'échapper par le vagin. C'était une tumeur dermoïde ! L'accouchement terminé, le médecin put constater l'existence d'une déchirure siégeant dans la région postéro-latérale droite du cul-de-sac. Guérison après des suites de couches un peu troublées. En résumé, *dystocie causée par une tumeur ovarique produisant une obstruction relative de l'excavation.*

A propos de ce fait, Treub s'occupe de la meilleure conduite à suivre. Et à son avis, cette conduite sera sujette à différer suivant que le cas pourra être dirigé dans une maternité bien aménagée ou qu'on aura à le traiter dans les conditions ordinaires de la pratique. Toujours commencer par des tentatives de refoulement ; si ces tentatives échouent, alors : à l'hôpital, colpotomie postérieure et ablation de la tumeur suivie de la suture exacte de la plaie vaginale. Dans la pratique privée, surtout s'il s'agit d'un praticien peu familiarisé avec les interventions chirurgicales, recourir à la ponction de la tumeur par le vagin, moyen défectueux peut-être, mais qui dans ces cas offre le moins de dangers pour la mère et pour l'enfant. Dans les 2 cas, une fois le kyste enlevé ou vidé, faire l'opération obstétricale indiquée.

Discussion. — Fournel admet des tentatives prudentes de refoulement, mais se prononce contre la ponction. En particulier, qu'eût-elle donné dans le cas dont il s'agit ? — Porak insiste sur l'importance dans ces cas d'un diagnostic précis, malheureusement difficile souvent. Actuellement, il a dans son service, à la Maternité, une parturiente chez laquelle le travail est troublé par une tumeur qui occupe l'excavation. La mollesse de la tumeur l'incline à croire qu'il s'agit d'un fibrome ramolli ; s'il s'agissait d'une tumeur liquide, elle serait plus dure, il espère encore que la réduction pourra se faire spontanément ; s'il en était autrement, il est bien résolu à faire la césarienne. — Doléris relate un cas analogue qui lui a été communiqué et où, le travail étant gêné par une masse occupant l'excavation, on appliqua le forceps. Or, au cours de l'opération, la tumeur s'échappa par le rectum, ayant traversé une déchirure de cet organe. Il s'agissait d'une tumeur dermoïde. — Labusquière pense que l'argument tiré de la nature de la tumeur dans le cas précédent est peu probant, parce que le diagnostic n'a été fait qu'après coup. Il peut très bien arriver qu'on ait affaire à une tumeur liquide, auquel cas la ponction aurait son utilité et pourrait éviter en certain cas à des praticiens des interventions chirurgicales, la colpotomie par exemple, avec lesquelles ils ne sont pas familiarisés.

DURANTE. Description minutieuse des altérations nerveuses constatées sur un cas de lésion congénitale systématisée des faisceaux de Goll.

MASBRENIER. **Anévrysme entre l'aorte et l'artère pulmonaire consécutif à une endocardite infectieuse résultant d'un avortement.**

GEORGHIU. **Un cas de monstre trouble (sternopage).** — Monstre double issu d'une femme de 27 ans, fortement alcoolique, internée pendant un certain temps à l'hôpital Sainte-Anne pour des accidents d'éthylisme. Il fallut terminer artificiellement l'accouchement. Masse de deux enfants, deux filles, du poids de 4,050 grammes ; placenta unique de 670 grammes, cordon unique, long de 0,30 centim. Suit la description anatomique détaillée du monstre.

HIVET. **Rupture probablement traumatique de l'utérus au troisième mois de la grossesse, suivie de l'expulsion du fœtus et de ses annexes dans le ligament large.** — Le cas concerne une femme de 41 ans, multipare, qui mourut le 22 mars à l'hôpital Necker, une demi-heure environ après son arrivée. Elle présentait les signes d'une hémorrhagie interne et les commémoratifs étaient : absence de règles depuis 3 mois et demi ; douleurs très vives depuis 3 jours. *Autopsie :* lésions de péritonite aiguë ; les deux feuillets du ligament large gauche étaient séparés par une grosse collection liquide qui, en avant, avait fusé entre l'utérus et la vessie en soulevant le cul-de-sac vésico-utérin et qui, en arrière, remontait en suivant les vaisseaux utéro-avariens jusque dans la région lombaire. Utérus volumineux, débordant de trois bons travers de doigt la symphyse pubienne. Annexes saines. Le bord externe du ligament large gauche étant sectionné, on constata la présence dans son intérieur, au milieu des caillots sanguins qui constituaient la collection liquide, d'un fœtus de trois mois environ avec ses annexes. On constata également l'existence d'une perforation de l'utérus faisant communiquer largement la poche avec la cavité utérine. Orifice externe du col entr'ouvert, vagin intact. L'analyse des conditions anatomiques (parois saines ; absence d'accident, etc.) justifiait l'idée qu'il s'agissait d'une *perforation consécutive à un traumatisme intra-utérin.*

R. L.

VARIÉTÉS

Le 12e Congrès de l'*Association française de Chirurgie* s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 17 octobre 1898, sous la présidence de M. le professeur Le Dentu, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *De la néphrotomie;* MM. Guyon et Albarran, rapporteurs.

2° *Traitement du goitre (cancer et goitre exophtalmique exceptés);* M. J. Reverdin, de Genève, rapporteur.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, Secrétaire général, rue de l'Isly, 8, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies des femmes, par H. Fritsch, traduit sur la 8e édition allemande, par Stas. Paris, 1898.

Le nom de Fritsch est suffisamment connu pour que nous n'ayons pas à insister sur les mérites d'un traité qu'affirme la longue expérience de son auteur.

La nouvelle édition, dont M. Stas publie en ce moment une traduction française, diffère des précédentes par une série de modifications et surtout par ce fait qu'à la gynécologie proprement dite se trouve ajouté un chapitre sur un certain nombre d'affections intestinales spéciales à la femme (constipation chronique, fissure, etc.).

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1898

TRAVAUX ORIGINAUX

LA TORSION DU PÉDICULE DES SALPINGO-OVARITES

Par **Henri Hartmann** et **Émile Reymond.**

En 1894, nous avons déjà publié dans ce recueil une note sur la torsion du pédicule des salpingo-ovarites (1).

Ayant eu l'occasion d'observer et d'opérer trois autres cas de torsion du pédicule d'annexes, deux de salpingo-ovarites, une d'annexes saines au cours d'une grossesse, nous avons pensé qu'il était peut-être intéressant de revenir sur cette question.

Un certain nombre d'observations nouvelles ont été publiées et se trouvent réunies dans la thèse de Maillard (2). En ajoutant à ces observations deux cas, l'un de Hirst, l'autre de Pierson, qui avaient échappé à M. Maillard et les trois observations que nous publions aujourd'hui, nous arrivons au total de 14 cas qui tous ont trait à la torsion d'annexes saines ou simplement enflammées. Nous laissons de côté les cas de tumeurs de l'ovaire, et par conséquent tous les kystes de l'ovaire à pédicule tordu, que cette torsion ait porté sur le seul pédicule du kyste ou que le pédicule de la trompe y ait participé.

---

(1) HARTMANN et REYMOND. Note sur la torsion du pédicule des salpingo-ovarites. *Ann. de gyn. et d'obstétr.*, septembre 1894.

(2) MAILLARD (CH.). *De la torsion des salpingites.* Th. de Paris, 1897-1898.

OBSERVATIONS PUBLIÉES

I. — Bland Sutton (*Surgical diseases of the ovaries and Fallopian tubes*, Londres, 1891, et *Annales de gynécologie*, septembre 1894).

Hydrosalpingite à pédicule tordu de trois tours et demi, à contenu hématique, sans participation de l'ovaire à la torsion.

II. — Pierre Delbet (*Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1892, p. 300, et *Annales de gynécologie*, septembre 1894).

Douleur syncopale dans la fosse iliaque gauche, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Lésions de péritonite récente. Hydrosalpingite, avec contenu hématique, pédicule tordu de trois tours. Il n'est pas dit si l'ovaire participe à la torsion. Ablation puis enlèvement d'une hydrosalpingite du côté opposé.

III. — Strogonoff (*Wratch*, 1893, p. 1095, et Th. Maillard, p. 36).

Métrorrhagies. Trompe droite faisant un tour complet de gauche à droite autour de son pédicule, ovaire kystique. Au microscope, adéno-sarcome de la trompe.

IV. — Hartmann et Reymond (*Annales de gynéc.*, septembre 1894).

Douleur de salpingite, s'aggravant considérablement pendant six semaines et s'accompagnant d'une augmentation de volume considérable.

Torsion d'une hydrosalpingite gauche, à contenu hématique, en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre, entraînant l'utérus dans sa torsion. L'ovaire y participe. Hydrosalpingite droite. Ablation bilatérale. Guérison.

V. — Warneck (*Nouvelles Archives de gynécol. et d'obstétr.*, 1895, p. 82).

Douleurs dans la région inguinale droite, métrorrhagies, ablation d'une hydro-hémato-salpingite droite, à pédicule tordu. L'ovaire ne participe pas à la torsion. Guérison.

VI. — Warneck (*Ibidem*, p. 86).

Vives douleurs à droite. Torsion de la trompe de quatre tours et demi de droite à gauche. L'ovaire ne participe pas à la torsion. — Kyste tubo-ovarien à gauche. Ablation. Guérison.

VII. — Warneck (*Ibidem*, p. 89).

Le 19 août, atroce douleur abdominale; le 21, métrorrhagie; le 7 septembre, ablation de deux carcinomes des trompes avec torsion de leurs pédicules d'une fois et demie autour de leur axe. Mort.

VIII. — Hirst (*American Journal of obstetrics*, N.-Y., 1896, t. I, p. 263).

Il s'agissait d'un fibrome utérin. Du côté gauche la trompe était hydropique et tordue trois à quatre fois sur elle-même sans participation de l'ovaire à la torsion.

IX. — Pierson, cité par Malcolm Storer (*Boston medic. and chirurgic. Journ.*, 5 novembre 1896, p. 463).

Le Dr Pierson, de Saleur, a récemment relaté au Waren Club un cas de pyosalpinx simulant une appendicite : la trompe droite dilatée et remplie de pus avait subi au voisinage de son extrémité utérine une torsion d'un tour et demi d'avant en arrière, l'étranglant complètement. La trompe faisait saillie au-dessous du détroit supérieur. Son extrémité regardait le flanc et sa convexité regardait le point de Mac Burner.

X. — Jacobs (*Bull. de la Soc. belge de gynéc. et d'obstétr.*, 1896, p. 157).

Fibrome utérin. Pyosalpinx à droite, distension en massue de la trompe gauche qui présente à environ 3 centim. de l'utérus une torsion complète sur son axe. Castration vaginale totale. Guérison.

XI. — Legueu et Chabry (*Revue de gynécologie*, 1898, p. 11).

Douleurs abdominales par crises. Torsion de la trompe droite d'un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre. L'ovaire ne participe pas à la torsion. Salpingite à gauche. Castration bilatérale. Guérison.

OBSERVATIONS INÉDITES

Obs. XII. — *Torsion du pédicule d'une hydrosalpingite droite. Péritonite adhésive. Ablation par l'abdomen. Guérison.*

P..., journalière, âgée de 30 ans, entre le 17 août 1893 à Bichat, au n° 19 de la salle Chassaignac.

Son père est mort à 68 ans d'une maladie de cœur ; sa mère est morte à 29 ans au cours d'une grossesse.

Elle-même a été réglée à 15 ans ; ses règles étaient généralement régulières, non douloureuses et duraient de deux à trois jours ; pas de grossesse.

Début il y a trois ans sous forme de vives douleurs dans le côté droit ; au niveau du point douloureux la malade constate l'existence d'une tumeur dont elle se rend facilement compte par le palper. Depuis cette époque les crises douloureuses réapparaissent assez souvent à inter-

valle de plusieurs mois ; jamais toutefois la douleur ne se fait assez vive pour empêcher la malade de continuer son travail.

La veille de son entrée à l'hôpital la malade avait été prise de douleurs présentant les caractères habituels ; à trois reprises elle avait vomi.

Examen à l'entrée à l'hôpital. — Élévation légère de température, état général bon.

Le ventre est augmenté de volume. Par le palper on constate, à droite et au-dessous de l'ombilic, la présence d'une tumeur de forme arrondie débordant un peu la ligne médiane, remontant en haut au-dessus de la ligne horizontale passant par l'ombilic. La tumeur est fluctuante, mais la poche semble très tendue. Toute pression à ce niveau provoque de vives douleurs.

Le toucher vaginal permet de reconnaître un col utérin normalement placé et bien mobile d'avant en arrière : l'utérus semble indépendant de la tumeur.

Celle-ci est perçue en avant et à droite du col : elle présente en ce point une consistance bien différente de celle que permet d'apprécier le palper.

Cœliotomie le 25 avril 1893, par M. Hartmann. — La paroi antérieure incisée, on constate que celle-ci est réunie à la tumeur par une série d'adhérences molles. Ces dernières détachées, la tumeur apparaît distendue, manifestement liquide, de couleur brune. L'incision est agrandie en haut jusqu'au delà de l'ombilic de façon à glisser facilement la main et à décoller les adhérences unissant l'anse oméga et la tumeur.

On ponctionne alors la poche avec l'appareil de Potain et on retire un litre et demi de liquide mêlé de sang ; la tumeur est attirée au dehors. Mais elle présente un très large pédicule sur lequel on place deux pinces et qu'on coupe au-dessus de ces dernières.

On peut alors constater que ce pédicule qui s'insère sur le côté droit de l'utérus était tordu (deux tours complets dans le sens des aiguilles d'une montre) ; deux fils en X ; section.

La torsion portait donc en même temps sur la trompe hydropique collée secondairement au ligament large et sur l'ovaire.

L'examen des pièces permit de constater que la trompe était augmentée de volume, distendue par le sang : elle avait l'épaisseur du doigt immédiatement en dehors du siège de la torsion.

L'ovaire est augmenté de volume, rouge, présentant de nombreux foyers hémorrhagiques.

Les annexes du côté opposé furent aussi enlevées, l'ovaire paraissant complètement transformé en tissu scléro-kystique. La trompe était saine.

Le bord libre de l'épiploon qui adhérait à la tumeur, fut réséqué.

La température ne cessa pas d'être normale, mais il se forma un petit abcès au niveau de l'ombilic. La malade sortit guérie trois semaines après.

OBS. XIII. — *Salpingo-ovarite bilatérale à pédicule tordu du côté droit. Castration abdominale. Guérison.*

Marie-Louise H..., âgée de 44 ans, entre le 4 janvier 1896 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Son père est mort tuberculeux, sa mère est rhumatisante.

La malade, qui a eu la rougeole et une fièvre typhoïde, a été réglée à l'âge de 15 ans ; les premières règles étaient douloureuses ; elles ont cessé de l'être de 16 à 31 ans, mais durant cette période revenaient toutes les trois semaines assez abondantes.

Grossesse à l'âge de 27 ans : accouchement normal, pas de métrorrhagie, mais leucorrhée abondante pendant la conception et après l'accouchement.

Il y a exactement deux ans que brusquement la malade fut prise de très vives douleurs continues, lancinantes, s'irradiant de la fosse iliaque droite à l'hypogastre : ces douleurs ne persistèrent qu'une demi-journée, elles disparurent dès que la malade se coucha.

Au mois de septembre de la même année, une nouvelle crise, survenant comme la première en dehors de l'époque des règles, força de nouveau la malade à garder le lit. Nouvelles crises au mois de janvier, puis de février, puis enfin plus intenses en décembre 1895.

État à l'entrée à l'hôpital. — Les douleurs ne persistent qu'alors que la malade se lève.

L'abdomen présente une saillie sous-ombilicale qui n'est pas exactement médiane et est marquée surtout du côté gauche.

Au palper on constate la présence d'une tumeur grosse comme une tête de fœtus à terme, de forme arrondie, bien limitée supérieurement, se perdant en bas dans le bassin. Cette tumeur est fluctuante, mais paraît très distendue.

Le col occupe une situation normale : il est mobile de droite à gauche, peu mobile d'avant en arrière; tout déplacement du col réveille les douleurs.

Dans le cul-de-sac antérieur on perçoit la tumeur abdominale absolument fusionnée avec l'utérus. Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent au col ; ceux du col ne se transmettent que partiellement à la tumeur.

La malade n'a pas de troubles de miction, mais ressent une pesanteur spéciale alors qu'elle urine. Les gardes-robes sont régulières.

Cœliotomie le 11 janvier 1895, par M. Hartmann. — L'incision est faite de l'ombilic jusqu'au pubis ; depuis la partie inférieure jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, cette incision correspond à une tumeur brune ressemblant à une poche d'hématocèle à parois épaisses, et adhérant en avant à la paroi abdominale, en haut à l'épiploon et aux anses intestinales. Ces adhérences sont assez facilement rompues. On ponctionne alors la poche avec le gros trocart Potain et on en retire 500 gr. de liquide ressemblant à du sang presque pur.

Le volume de la tumeur se trouvant ainsi considérablement réduit, on place une pince à kyste sur le siège de la ponction, on attire au dehors de l'abdomen une partie de la poche et on continue à rompre les adhérences.

Le pédicule de la tumeur correspond à la corne utérine droite : il a le volume du cordon ombilical ; il est tordu en spire ; pour le détordre on doit faire exécuter à la tumeur deux tours complets dans le sens des aiguilles d'une montre. Deux fils en X sont placés sur le pédicule qu'on sectionne.

Le kyste adhérait à la paroi abdominale antérieure, au cul-de-sac vésico-utérin, à la fosse iliaque, et à l'intestin, mais il laissait libre de toute adhérence le cul-de-sac recto-utérin.

Les annexes gauches présentent, elles aussi, quelques adhérences : l'ovaire est sain mais la trompe est hydropique. On fait l'ablation des annexes de ce côté. Réunion totale sans drainage.

Le lendemain de l'opération la température monte à 38°,8 ; elle revient à la normale les jours suivants. Un petit abcès s'ouvre à la partie inférieure de la cicatrice abdominale onze jours après l'opération.

La malade sort guérie au bout de trois semaines. Elle est revue un an après l'opération et continue à se bien porter.

Examen histologique. — Les coupes histologiques pratiquées en divers points des annexes ne nous ont permis de constater nulle part l'existence de foyers hémorrhagiques proprement dits, mais partout une diffusion des globules sanguins entre les éléments anatomiques qui se trouvent ainsi dissociés et éloignés les uns des autres.

Les capillaires sont tellement distendus, leurs parois amincies se trouvent si éloignées l'une de l'autre qu'il est parfois difficile de voir si les éléments sanguins qu'on observe sont encore contenus dans le vaisseau ou s'ils ont déjà fait irruption hors de lui.

La distension des veines paraît plus grande que celle des artères : chaque veine baigne au centre d'un large lac sanguin.

L'importance des artères se trouve exagérée moins encore par l'augmentation de leur lumière, que par l'épaisseur considérable que prend la paroi du vaisseau. Elle est due, d'autre part, à la dissociation des éléments sous l'influence de l'hémorrhagie intra-pariétale et d'autre part à la distension extrême des vasa-vasorum.

Obs. XIV. — *Torsion du pédicule des annexes droites au cours d'une grossesse. Péritonite. Ablation. Guérison. Continuation de la grossesse.*

Alice G..., couturière, âgée de 20 ans, mariée, entre le 6 octobre 1897 à Bichat, dans la salle Chassaignac, pour des accidents de péritonite survenus au cours d'une grossesse, ayant débuté la *veille* et simulant une appendicite grave (vomissements, douleur iliaque droite, ballonnement de l'abdomen, arrêt des matières et des gaz).

Cœliotomie le 6 octobre 1896, par M. Hartmann. — A l'ouverture du ventre s'écoula une certaine quantité de liquide louche. Le fond de l'utérus, ayant la courbe régulière d'un utérus gravide, remontait presque jusqu'à l'ombilic.

A droite les annexes constituent une tumeur adhérente aux parties voisines et ayant une couleur d'un rouge hémorrhagique. Les adhérences étant rompues, on constate que le pédicule est tordu d'un tour complet en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Après avoir détordu le pédicule, on place sur lui deux fils en X au ras de la corne utérine.

L'abdomen est fermé sans drainage.

La température, qui était de 39° le jour de l'opération, revient à la normale les jours suivants, mais remonte à 40° au bout de 12 jours : on constate alors des signes de pleurésie du côté droit. Un mois après l'opération, nouvelle élévation de température et nouveaux symptômes thoraciques. La malade sort guérie de l'hôpital un mois et demi après y être entrée.

Elle accouche à terme le 10 février 1897 d'une petite fille que nous revoyons bien portante six mois plus tard.

Examen des pièces. — La trompe est perméable, d'apparence saine, sauf l'infiltration sanguine.

L'ovaire est gros environ comme une orange : il a conservé à peu près sa forme normale.

Si l'on fait une section de l'organe passant par le hile (fig. 1), on constate tout d'abord combien la substance médullaire et la substance corticale se différencient facilement à l'œil nu ; celle-ci, qui forme à la

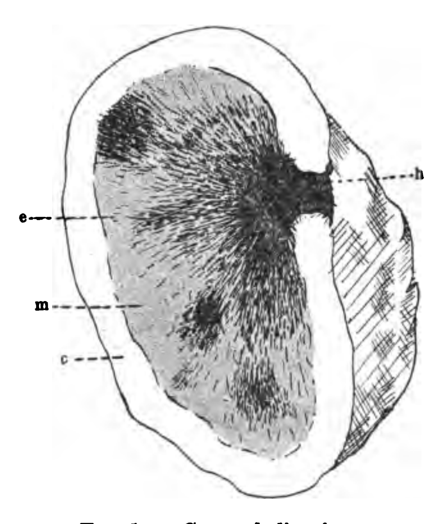


Fig. 1. — Coupe de l'ovaire.

h. Hile de l'ovaire. — *e.* Gerbe de petits hématomes péri-vasculaires. — *m.* Tissu médullaire d'un rouge vif entre les pinceaux précédents de teinte sombre. — *c.* Couche corticale.

périphérie une bordure régulière, a conservé un aspect homogène, une teinte claire et ne paraît pas avoir augmenté beaucoup d'épaisseur, l'accroissement de volume de l'ovaire restant dû, par conséquent, en plus grande partie, au développement de la zone médullaire.

Cette dernière présente l'aspect suivant : près du hile se trouve une tache ayant l'étendue environ d'une pièce de un franc et la couleur brune d'une truffe : la tache est homogène au centre, mais à la périphérie elle se dissocie en gerbes de petits bâtonnets qui s'éloignent du hile et s'irradient dans la substance médullaire, devenant moins serrés à mesure qu'ils se rapprochent de la couche corticale. Entre ces faisceaux, le tissu médullaire est d'un rouge vif.

Examinons maintenant au microscope ces différentes régions. Nous constatons, tout d'abord, que chacun des petits bâtonnets contribuant à former ces gerbes brunes est un foyer hémorrhagique ayant déjà subi les transformations des hématomes anciens. Il se distingue au microscope des tissus environnants par sa teinte ocreuse, sa composition amorphe au sens biologique; car on trouve par places des cristaux d'hématoïdine et la périphérie du petit foyer est généralement hérissée de petites houppes de cristaux.

Dans quelle région se sont constitués ces foyers hématiques ? pour s'en bien rendre compte, il faut examiner des coupes minces et portant sur des points éloignés du hile : on voit alors que ces foyers se sont formés entre les vaisseaux, en suivant la direction de ceux-ci et des faisceaux musculaires qui partent du hile. — Il s'agit donc bien de petits épanchements de sang et non de thromboses veineuses, comme on pouvait être tenté de le croire avant l'examen microscopique. — Bien plus, les foyers hématiques sont parcourus pour la plupart par des vaisseaux artériels et veineux distendus et présentant les mêmes caractères que ceux que nous allons décrire dans le reste de l'organe, mais contenant des globules rouges bien conformés, ce qui indique que leur circulation n'était pas encore entravée alors que s'étaient déjà produits les hématomes enveloppant.

Ceux-ci ne paraissent pas s'être constitués en une seule fois et la situation concentrique qu'ils présentent par places tendrait à prouver qu'ils sont dus à une série d'hémorrhagies successives.

Quant au tissu médullaire compris entre ces petits hématomes, il présente presque partout le même aspect. Les éléments qui le composent sont dissociés, les fibres conjonctives en particulier sont séparées les unes des autres, formant un élégant réseau à très larges mailles remplies de globules rouges. Ceux-ci sont, en tous points, suffisamment tassés pour offrir un aspect analogue à celui qu'ils présentent dans la lumière des vaisseaux.

Ceux-ci sont tous distendus, surtout les veines et les capillaires dont les parois très amincies paraissent être prêtes à se rompre. Les artères, très dilatées elles-mêmes, le sont cependant moins que les veines et les capillaires, mais leurs parois sont dissociées par des épanchements intra-pariétaux et les *vasa vasorum* atteignent des dimensions tout à fait anormales.

Tel est l'aspect que donne le tissu de la couche médullaire. Si nous considérons maintenant la couche corticale, nous voyons que les fais-

ceaux conjonctifs au lieu de se présenter, comme dans la région précédente, sous forme de fines cloisons s'irradiant du hile à la périphérie, affectent une direction parallèle à celle-ci et laissent entre eux les globules rouges, sous forme de boyaux moins épais à mesure que l'on se rapproche de l'albuginée. Il semble qu'au voisinage de la périphérie le tissu conjonctif plus dense ait offert plus de résistance à l'hémorrhagie interstitielle.

L'épithélium enveloppant l'ovaire subsiste presque partout avec ses caractères normaux.

Il était intéressant de voir quelle influence la pression sanguine pouvait avoir exercée sur les follicules de Graaf; ceux-ci ont-ils subi des modifications analogues à celles que détermine ordinairement la congestion de l'organe? Non, bien au contraire, ils ne semblent avoir éprouvé que l'influence mécanique de la pression que détermine autour d'eux l'hémorrhagie interstitielle.

Les follicules de Graaf paraissent moins nombreux qu'à l'état normal, ce qui peut être dû en partie à l'augmentation du volume de l'ovaire et à leur répartition dans un plus grand espace. Mais ils sont, d'autre part, presque tous fort peu développés; nous en trouvons quelques-uns seulement dont la membrane granuleuse est bien nette; encore l'ensemble du follicule semble-t-il comprimé. Dans aucun d'eux nous ne trouvons trace d'hémorrhagie interstitielle. Les hématies les enveloppent en grand nombre, font un lac autour d'eux, mais ne les pénètrent jamais.

En résumé, l'ovaire que nous venons d'examiner présente deux sortes de lésions hémorrhagiques.

Les unes, déjà anciennes, paraissent dues à de petites hémorrhagies successives; elles se présentent sous forme de foyers allongés entre les vaisseaux du hile et affectant la même disposition rayonnée que ceux-ci. Ces hématomes anciens n'existent que dans la substance médullaire.

L'autre forme de lésion hémorrhagique se trouve au contraire dans toute l'épaisseur de l'ovaire; elle est constituée par une diffusion des globules sanguins, ayant encore leur forme, répandus entre tous les éléments de l'ovaire, paraissant sortir depuis peu des vaisseaux.

Cette hémorrhagie diffuse et récente est la seule que l'on constate dans la substance corticale; les éléments sanguins sortis du capillaire, se disposent entre les faisceaux conjonctifs en longues traînées, parallèles à la périphérie, perpendiculaires par conséquent aux foyers hémorrhagiques primitifs du centre.

Quant aux follicules de Graaf, ils sont comprimés par les éléments sanguins sans être pénétrés par eux.

De ces différentes observations nous pouvons tirer quelques remarques au sujet des symptômes, des lésions anatomiques, du mécanisme causal probable.

La *douleur* vive, siégeant au niveau de la lésion, calmée parfois par la position horizontale, est le premier symptôme qui attire généralement l'attention de la malade : cette douleur est parfois telle qu'elle peut déterminer une syncope ; elle s'accompagne assez souvent de vomissements ; il semble que la brusquerie du début, la violence de la douleur, les modifications que peut déterminer la position du corps, permettent de distinguer pour la plupart des malades les douleurs qui sont dues à la torsion et celles qu'elles ont pu ressentir du fait même des annexites dont elles souffrent.

L'*augmentation de volume* est si rapide qu'il se peut, comme dans notre obs. XII, que la malade se rende compte elle-même d'une tumeur qu'elle n'avait jusqu'alors pas remarquée.

Les *hémorrhagies* constituent-elles un des symptômes propres à la torsion du pédicule ? C'est là ce qu'avait cru remarquer Warnek et les lésions histologiques qu'il nous a été donné de constater n'étaient pas pour nous éloigner de cette hypothèse.

Toutefois nous n'avons pas eu à constater chez nos malades de métrorrhagies ni d'augmentation des règles ; et d'autre part, il est bon de remarquer que, sur 3 observations de Warnek, il s'agit dans un cas d'un polype fibreux de l'utérus et dans un autre d'un cancer primitif bilatéral des trompes (?) ; dans l'observation de Strogonoff, dont la malade eut aussi des hémorrhagies, il est question d'un utérus augmenté de volume et d'un adéno-sarcome de la trompe. Le symptôme métrorrhagie ne nous semble donc pas en rapport avec la torsion d'une salpingite.

La *situation du col utérin* appréciée par le toucher était peu modifiée dans nos observations et cependant dans le premier

cas, le corps de l'utérus avait pivoté d'un demi-tour, entraîné qu'il était par les annexes. Les mouvements imprimés à la tumeur se communiquaient aisément au col utérin.

La *grande tension de la poche fluctuante* est appréciée par le palper joint au toucher alors que ceux-ci ne sont pas trop douloureux.

Warnek dit avoir perçu la *torsion du pédicule par le toucher vaginal* chez une de ses malades ; il ne nous a pas été donné de jamais rien observer de semblable et ces finesses de toucher nous laissent rêveurs.

Le *péritonisme* que Maillard (1) attribue à la torsion des filets nerveux contenus dans le pédicule, nous semble insuffisant pour expliquer les symptômes fonctionnels et surtout généraux présentés par certaines malades ; il s'agit bien de *péritonite* comme le prouvent les adhérences récentes et les signes manifestes d'inflammation péritonéale.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons à considérer :

1° Les lésions existant au niveau de la torsion.

2° Les lésions des organes tordus.

1° La *torsion* peut porter uniquement sur la trompe, ou bien affecter le pédicule commun de la trompe et de l'ovaire.

Dans les observations de Bland Sutton, de Hirst, de Warnek, de Legueu et Chabry, on trouve nettement spécifié ce fait que l'ovaire ne participe pas à la torsion. En pareil cas la trompe seule est augmentée de volume, repliée sur elle-même, formant une grosse tumeur noirâtre. La torsion porte sur la portion utérine de la trompe en un point où cesse son augmentation de volume.

Dans d'autres observations, en particulier dans nos quatre observations personnelles, l'ovaire fait partie de la tumeur, le pédicule salpingien et l'aileron de l'ovaire sont enroulés autour l'un de l'autre. Il est évident que cette dernière disposition

---

(1) MAILLARD. *Loc. cit.*, p. 17 et 25.

est la seule possible chaque fois que l'ovaire et le pavillon adhéraient entre eux avant les accidents de torsion.

Le *sens de la torsion* ne paraît pas constant. Il n'est du reste pas indiqué le plus souvent; dans les observations de Bland Sutton, de Legueu et dans trois des nôtres il s'agissait d'une torsion siégeant à droite, 3 fois la torsion s'était faite dans le sens du mouvement des aiguilles d'une montre, 1 fois en sens inverse; dans un de nos cas, où la torsion existait à gauche, elle s'était faite en sens inverse du mouvement des aiguilles d'une montre.

Le *nombre de tours* effectué par la tumeur est très variable suivant les différentes observations; il aurait atteint 3 ou 4 tours dans le cas de Hirst et 4 tours et demi dans un des cas de Warnek (obs. V).

2° Les *organes tordus* étaient, sauf dans un cas (obs. XIV), malades antérieurement à la torsion. Le plus souvent il s'agissait d'hydrosalpingite; on a cependant noté la torsion de salpingites banales et même, dans un cas, celle d'un pyosalpinx. Ces lésions, préexistant à la torsion, n'ont rien de caractéristique; ce qui est spécial à la torsion, c'est, pour les salpingites comme pour les kystes ovariques, l'augmentation rapide et notable de volume, en même temps que l'existence d'hémorrhagies tant à l'intérieur de la trompe et dans les petites cavités kystiques de l'ovaire que dans la trame même des tissus.

Cette augmentation de volume et ces hémorrhagies s'expliquent par une disposition que nous avons décrite il y a 4 ans et que nous avons constatée à nouveau dans nos dernières observations, à savoir que les artères sont moins rapidement oblitérées que les veines et que le sang arrive encore alors qu'il ne peut plus sortir.

Contrairement à Maillard (1), nous ne croyons pas qu'il faille considérer tous les cas publiés comme des torsions aiguës. Dans trois de nos observations il semble plutôt que

---

(1) *Loc. cit.*, p. 17.

la torsion se soit faite en plusieurs fois et que le début datât d'un certain temps : nous nous appuyons pour le croire sur les crises douloureuses successives, la présence des adhérences lâches, il est vrai, mais consécutives à la torsion, enfin et surtout sur la nature des petits foyers hémorrhagiques parenchymateux ; ceux-ci datent d'époques différentes et tels d'entre eux présentent les caractères des foyers déjà anciens.

Les observations de torsions salpingiennes sont encore trop peu nombreuses pour qu'on en puisse préciser le *mécanisme*. Il semble toutefois que celui-ci se rapporte d'une part à la forme des annexes et d'autre part aux modifications des organes et tissus voisins.

En ce qui est de la trompe, elle aura d'autant plus de chance de se tordre et d'être maintenue tordue, que son pédicule est long, mince et peu résistant, que sa partie externe est lourde et volumineuse.

Cette dernière disposition est créée de deux façons différentes : ou bien c'est la trompe elle-même qui augmente de volume au voisinage du pavillon (salpingite piriforme, obs. de Sutton, de Legueu) ou bien ce pavillon adhère à l'ovaire hypertrophié lui-même. Il n'est d'ailleurs pas certain que la torsion ne puisse atteindre que les trompes malades. Dans une de nos observations ce sont des annexes saines qui se tordent au cours d'une grossesse. Dans un cas de Warnek la trompe du côté opposé paraît saine et on ne l'enlève pas : par la suite la malade devint enceinte.

Quant aux *organes voisins*, il semble que par leur changement de volume et les modifications de leur situation, ils peuvent déplacer la trompe et en faciliter la torsion. L'*utérus* était le siège de fibromes dans les observations de Legueu et Chabry, de Warnek, de Hirst, de Jacobs. Il était gravide dans une de nos observations.

Pour ce qui est des *adhérences*, leur rôle semble surtout consister à fixer la trompe tordue dans sa situation anormale.

NOTE SUR LES INDICATIONS ET LA TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR FIBROMES. STATISTIQUE DE 27 OPÉRATIONS.

Par le Dr **Ed. Schwartz**,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Nous avons pratiqué 27 hystérectomies vaginales pour fibromes, soit 21 à l'hôpital, et 6 sur des malades de la ville ; notre statistique se chiffre par 26 guérisons et 1 mort : c'est donc une opération qui nous a donné toute satisfaction et nous sommes absolument de l'avis de ceux qui la considèrent comme une excellente intervention.

Toutefois, dans ces dernières années, nous l'avons pratiquée moins souvent, l'hystérectomie abdominale totale nous ayant paru supérieure encore comme sécurité et comme résultats. Jusqu'il y a deux ans, nous opérions par la voie vaginale tous les fibromes utérins dont le point culminant abdominal n'atteignait pas l'ombilic ; ce n'était que lorsque le fibrome s'étalait en largeur et que nous soupçonnions la prise des ligaments larges que nous nous adressions à l'hystérectomie abdominale totale. Actuellement lorsque le fibrome est franchement abdominal, même s'il reste 2 à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, nous n'hésitons pas à suivre la voie abdominale, ne réservant la voie vaginale qu'aux cas où il y a prolapsus de l'utérus dans un vagin peu profond, ou encore lorsqu'il existe des fibromes faisant saillie très nettement soit dans les culs-ds-sac latéraux, soit dans le cul-de-sac postérieur.

Une autre indication de la voie vaginale nous est encore fournie par la présence de poches ovariques ou tubaires faisant saillie dans le vagin, accessibles par lui, surtout lorsqu'il y a lieu de craindre la contamination de la grande séreuse péritonéale par des liquides plus ou moins septiques.

En somme, les indications de l'hystérectomie vaginale pour

fibromes se sont certainement réduites depuis les grands progrès réalisés par l'hystérectomie abdominale totale, et pour notre compte, familiarisé de plus en plus avec cette dernière, nous sommes de plus en plus disposé à la pratiquer pour peu que le fibrome soit volumineux et que le morcellement par conséquent en soit long et pénible; c'est dire que tous les fibromes qui dépassent le milieu de la ligne pubio-ombilicale sont pour nous justiciables de la laparo-hystérectomie et nous sommes tout disposé à élargir de plus en plus ses indications, pour peu que nous pressentions quelques difficultés par la voie vaginale.

Ce qui nous pousse dans cette voie, c'est le souvenir du cas malheureux terminé par la mort, que nous tenons à communiquer et de plus celui d'un autre cas où il est survenu une hémorrhagie à la levée des pinces au bout de 48 heures ; hémorrhagie heureusement arrêtée par la compression et qui n'a eu aucune suite grave.

Voici la 1re observation :

Il s'agissait d'une femme de 48 ans. Réglée régulièrement à 15 ans avec douleurs, puis pertes blanches, mariée à 25 ans. Elle a eu une fille à 26 ans, jamais de fausse couche. Depuis quelques années elle a commencé à souffrir davantage, de telle sorte que tout travail lui est devenu impossible et elle est entrée une première fois à l'hôpital Cochin en mai 1893. Nous portons alors le diagnostic de salpingites non suppurées ou ovaires scléro-kystiques et espérant pouvoir conserver un des côtés moins malade, nous pratiquons une laparotomie. Celle-c nous montre un hydrosalpynx à droite, un hématosalpynx à gauche, et des ovaires scléro-kystiques.

On fait l'ablation bilatérale des annexes et l'utérus ne paraît présenter alors aucune altération appréciable.

Depuis l'opération, la malade est revue tous les deux mois régulièrement, elle ne souffrait plus. Elle est restée en très bon état pendant 18 mois ; depuis 6 mois elle a recommencé à souffrir dans les reins, les cuisses, le bas-ventre ; depuis 6 mois également elle a des pertes séreuses très abondantes mais ne perd pas trop de sang, elle a des envies fréquentes d'uriner surtout depuis deux mois et une sensation de poids dans le bas-ventre. L'inspection du ventre nous montre les traces de notre ancienne laparotomie, aucune hernie, aucune éventration à la

palpation, il y a un peu de douleur au-dessus du pubis, rien dans les côtés : le toucher et le palper nous font sentir une masse dure, de consistance fibreuse, remplissant tout le cul-de-sac antérieur mobile sur l'utérus, se déplaçant plutôt à droite. L'utérus devient volumineux et douloureux à la pression. Nous pensons à une métrite parenchymateuse avec corps fibreux et conseillons une hystérectomie vaginale secondaire.

L'opération est pratiquée le 25 janvier 1895.

On libère le col dans un premier temps et l'on place de chaque côté une pince sur les ligaments larges : nous faisons remarquer à ce moment à nos élèves la gracilité des tissus sur lesquels nos pinces sont placées : il n'y a pas là cette épaisseur de parties molles que nous sommes habitués à pincer ; l'utérus s'abaisse difficilement un peu mieux après que nous avons énucléé un fibrome gros comme un petit œuf ; le fond de l'utérus apparaît à la vulve ; à ce moment une des pinces utérines, la droite, se détache spontanément sans qu'on ait exercé sur elle aucune traction, compression à l'aide d'un tampon pour achever rapidement l'opération par le pincement de haut en bas des ligaments larges : l'utérus enlevé, pendant que je cherche à placer une pince sur l'utérine droite qui donne à grand jet, la pince gauche tombe à son tour entraînant un segment de l'utérine gauche avec elle. Me trouvant en face d'une hémorrhagie par les deux utérines, je fais tamponner, renverse la malade en position de Trendilenburg et pratique aussitôt une laparotomie qui me permet de pincer rapidement les 2 vaisseaux par le ventre ; comme je crains de voir les vaisseaux se couper par la striction d'un fil, je laisse les pinces utérines à demeure, les faisant sortir entourées de gaze iodoformée par la plaie de la laparotomie. Pansement vaginal habituel.

L'opérée est reportée dans son lit, réchauffée ; on lui fait des injections sous-cutanées de sérum.

Le premier jour, pas de fièvre ; pouls un peu rapide mais non petit ; le lendemain, vers quatre heures du soir, sans température, vomissements, elle est prise de délire, crie, veut se lever, voit des animaux qui la menacent, chante et rit, puis elle tombe dans un état demi-comateux et succombe à 11 heures du soir.

L'autopsie permet d'affirmer qu'il n'y avait aucune trace d'infection péritonéale ; par contre, il y avait une artério-sclérose généralisée et telle au niveau des artères utérines qu'elles se déchiraient avec la plus grande facilité.

Telle est l'histoire de notre unique insuccès dans nos 27 hystérectomies vaginales pour fibromes.

Jusque-là, j'avais toujours suivi la technique opératoire suivante : après fixation du col par deux pinces latérales, section circulaire de l'insertion vaginale, décollement en avant et en arrière et placement de deux pinces à mors courts sur l'étage inférieur des 2 ligaments larges, puis section médiane et morcellement en terminant par le pincement de haut en bas des 2 ligaments larges, enlevant ou non trompes et ovaires, suivant leur état, suivant l'âge de la malade ; il m'est arrivé plusieurs fois de voir se produire au point de rencontre des pinces supérieures et inférieures, une petite hémorrhagie facilement réprimée par le placement d'une pince longuette saisissant le point intermédiaire. Depuis l'accident rapporté plus haut, malgré ce qu'il a certainement d'exceptionnel comme conditions, je me suis appliqué à pincer toujours autant que possible les ligaments larges de haut en bas sans faire d'hémostase préventive des artères, sectionnant, une fois le morcellement terminé et l'utérus amené au dehors, ce dernier de bas en haut ou de haut en bas, ce qui facilite certainement, comme l'a montré notre collègue Quénu, le placement des pinces, surtout lorsqu'on a affaire à des femmes ayant un utérus difficilement abaissable par rigidité ligamentaire ou étroitesse des voies génitales.

En somme, nous pensons que l'hystérectomie vaginale est une très bonne opération, tant qu'elle s'adresse à des fibromes petits ou de moyen volume ; et dans ces cas la section médiane de l'utérus avec placement des pinces de haut en bas me paraît être la méthode la plus sûre au point de vue des surprises opératoires ; dès que le fibrome s'élargit, s'infiltre dans les ligaments, s'il dépasse la moitié de la ligne pubio-ombilicale, nous recourrons à l'hystérectomie abdominale totale que nous emploierons toujours d'autant plus volontiers qu'il n'y aura pas du pus du côté des annexes, les lésions suppurées pouvant infecter le péritoine.

RECHERCHES SUR UN CAS D'INFECTION BLENNORRHAGIQUE GÉNÉRALISÉE

Par J. Hallé.

La rareté des cas d'infection blennorrhagique généralisée nous engage à en publier une observation intéressante à divers points de vue. Chez une jeune femme arrivée à l'hôpital au moment de ses règles qui étaient douloureuses, mais qui n'avait aucun signe physique de métrite, nous avons pu montrer dans l'utérus la présence du gonocoque ; et *sans complication locale du côté de l'utérus*, nous avons vu cette malade succomber à une infection blennorrhagique généralisée qui s'est terminée par une endocardite végétante.

M. le Dr H. Rendu, dans le service de qui nous avons recueilli cette observation, nous a fait l'honneur d'associer notre nom au sien dans la communication qu'il a faite de ce cas. Nous l'en remercions et publions ici l'observation telle que la donne le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* du 18 novembre 1897.

Obs. — *Infection gonococcique généralisée à symptômes obscurs : début par une métrite hémorrhagique, œdème phlegmoneux du coude gauche. — Endopéricardite ; mort. — Cultures et inoculations du gonocoque*, par M. H. Rendu, agrégé, médecin de l'hôpital Necker, et M. J. Hallé, interne des hôpitaux.

Observation clinique. — Le 22 mars dernier, entrait dans mon service de l'hôpital Necker, salle Monneret, nº 27, une femme de trente ans, d'apparence robuste, et qui, depuis une dizaine de jours se trouvait assez souffrante pour être obligée de suspendre son travail. Elle était amenée par ses maîtres, qui semblaient lui être fort attachés.

L'analyse des symptômes que présentait cette femme donnait l'impression d'une métrite. Elle se plaignait, en effet, de douleurs de ventre, surtout marquées vers l'hypogastre et aux fosses iliaques, et accompagnées de courbature et de fatigue lombaire. Ces malaises s'exagéraient quand elle se levait et surtout quand elle marchait ;

dans la station debout, les douleurs irradiaient le long des cuisses, et rendaient tout travail impossible.

Le ventre n'était pas ballonné; à la palpation, il était un peu douloureux, mais souple, facile à explorer. Nulle part on ne sentait d'empâtement ni de rénitence.

L'examen des organes génitaux ne donnait rien de net. La malade n'avait point d'écoulement vaginal; elle ne souffrait point en urinant et ses urines étaient claires, l'urèthre n'était ni œdémateux, ni enflammé. Au toucher, le col utérin avait sa consistance normale; l'utérus paraissait médiocrement volumineux, parfaitement mobile, peu douloureux; les culs-de-sac étaient libres, et dans la région tubo-ovarienne on ne sentait ni induration, ni empâtement indiquant une salpingite ou une pelvi-péritonite.

La malade n'avait d'ailleurs point de fièvre. Les organes étaient sains, le cœur et les poumons normaux ; la langue bonne.

Ce qui dominait, c'était une sorte de fatigue et de prostration générale hors de proportion avec l'intégrité des divers appareils.

Les anamnestiques ne conduisaient pas davantage à un diagnostic précis. Réglée à quatorze ans, d'une excellente santé jusque-là, cette femme avait eu un enfant à dix-neuf ans et avait quitté le Berry, son pays, à l'âge de vingt ans, pour se placer à Paris, comme domestique. De vingt à vingt-sept ans, elle n'avait eu aucune maladie. A vingt-sept ans, une nouvelle grossesse était survenue, terminée par un accouchement difficile; quinze jours après, la malade avait eu des accidents fébriles et elle avait dû garder le lit pendant près d'un mois.

Depuis lors, elle avait eu à subvenir, seule, aux charges de l'éducation de ses deux enfants, qui absorbaient la presque totalité des bénéfices de son travail. Sa santé était pourtant restée bonne, malgré certaines périodes de fatigue, et jamais elle n'avait eu besoin de s'aliter.

La cause déterminante de sa maladie, d'après elle, avait été la suivante : le 12 mars, dix jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait perdu sa mère et était partie précipitamment pour le Berry afin d'assister à l'enterrement. Dans le trajet en chemin de fer, elle eut froid : en arrivant, elle dut faire une partie de la route à pied, sous la pluie, et pendant les trois jours qu'elle passa dans son pays, n'eut pas le temps de se reposer. A son retour à Paris, elle commença à souffrir du bas-ventre; elle était alors constipée et avait quelques pertes blanches. Malgré sa fatigue, elle essaya de reprendre son service, mais ne put y

parvenir ; au bout de quelques jours, elle dut s'aliter, et c'est en la voyant languir que ses maîtres étaient venus l'amener à l'hôpital.

En résumé, cette histoire complexe nous apprenait que la malade, après une couche pénible, avait eu il y a trois ans une première poussée de métrite, et que, sous l'influence de la fatigue et du froid, elle semblait de nouveau atteinte d'une récidive de cette affection.

Les conditions de surmenage et de dépression morale où se trouvait cette femme pouvaient, à la rigueur, expliquer son aspect fatigué, et le pronostic paraissait devoir être bénin, les signes physiques n'indiquant, somme toute, qu'un certain degré de congestion utérine.

Dans la nuit même qui suivit son entrée à l'hôpital, survint une métrorrhagie assez abondante. Comme les dernières règles dataient du 5 mars, la malade supposa qu'il s'agissait d'un retour des époques menstruelles anticipant de quelques jours la date normale : ce n'était pas la première fois d'ailleurs que de pareilles irrégularités se produisaient. Cela concordait parfaitement avec le diagnostic ; aussi, pendant deux jours, nous ne crûmes pas devoir nous en préoccuper. L'écoulement de sang était modéré, et la fièvre nulle.

Le 25 mars, au lieu de diminuer, l'hémorrhagie utérine devint plus considérable ; pour la première fois, dans la journée, la malade eut un petit frisson, bien qu'elle fût restée au lit et n'eût pas pris froid. soir, sa température monta à 38°,5.

Ceci commençait à devenir anormal : il n'est pas d'usage qu'un simple congestion utérine, voire même une métrite hémorrhagique, s'accompagne de frissons. L'idée d'un état infectieux me poursuivait. Aussi, le lendemain je procédai à un examen approfondi des organes génitaux avec le spéculum.

Cet examen fut absolument négatif. Je trouvai le vagin sain, le col un peu gros, non ulcéré; il n'y avait pas trace de suppuration utérine ni vaginale ; les culs-de-sac étaient tout à fait libres. Pourtant la palpation de l'abdomen continuait à être un peu douloureuse.

Le 26 et le 27 mars, il n'y eut pas de fièvre; mais l'état général restait médiocre, l'appétit nul et les douleurs du bas-ventre permanentes. L'hémorrhagie utérine était très diminuée ; elle cessa définitivement le lendemain, après avoir duré cinq jours, ce qui semblait correspondre réellement à une période menstruelle.

Toutefois, la disparition de la métrorrhagie n'amena pas la détente espérée. La fièvre, dès le 28 mars, reparut, avec de petits frissons dans l'après-midi, une température de 38°,5 le soir et de la moiteur la nuit ;

le matin, le thermomètre restait à 37°,6 et ne descendait pas à la normale. Cet état de choses persista trois jours. Des injections d'eau bouillie et des lavements d'antipyrine procurèrent un peu de soulagement ; la température redevint basse et le ventre cessa d'être douloureux. Pourtant, malgré cette accalmie, l'état général restait médiocre, l'appétit nul ; la malade se plaignait d'une lassitude énorme et d'un malaise indéfinissable ; elle maigrissait et s'affaiblissait sensiblement. Les signes physiques, du côté de l'utérus, ne s'étaient point modifiés.

Le 5 avril, au soir, brusquement survint un accès de fièvre beaucoup plus fort que ceux des jours précédents ; le thermomètre atteignit 39°,4 et dans la nuit il y eut une transpiration profuse. Le lendemain matin, la malade avait le teint terreux et se trouvait fort abattue.

Il y avait, dans la répétition de ces accès fébriles, et dans l'aggravation correspondante de l'état général, la caractéristique d'une septicémie, mais le siège et l'origine de l'intoxication étaient pour moi une énigme. Je songeai un instant à un début anormal de tuberculose, hypothèse que ne légitimait guère l'excellent état des poumons. Je pensai également à la possibilité d'une fausse couche dissimulée par la malade et d'un fragment de placenta retenu dans l'utérus ; mais l'absence de sécrétions vaginales fétides n'était guère en rapport avec cette supposition, et d'ailleurs l'aspect du col utérin n'était pas celui d'une femme récemment accouchée. Je restais donc dans le doute relativement à la cause de la métrite, tout en arrivant à la conviction qu'il s'agissait d'une métrite infectieuse.

Le 10, voyant que la fièvre persistait avec le caractère irrégulier et rémittent des états septiques, je priai M. Jean Hallé de pratiquer un examen bactériologique complet des sécrétions utérines. Après introduction du spéculum préalablement bouilli, une pipette stérilisée permit de recueillir, au fond du col utérin et dans l'intérieur de la cavité utérine, un liquide séreux, absolument transparent, contenant peu de mucus, de rares leucocytes, et un petit nombre de micro-organismes ressemblant au diplocoque de Neisser. En cultivant cette sérosité sur de l'agar additionné de quelques gouttes de sang humain et sur milieu de Wertheim, il fut possible d'isoler à l'état de pureté le gonocoque avec tous ses caractères chimiques et bactériologiques. (Voir plus loin le détail de ces recherches.)

C'était là un résultat inattendu, qui donnait une explication plausible des douleurs utérines, des phénomènes de métrite et des accès de

fièvre, et qui atténuait sensiblement la sévérité du pronostic. Il était rationnel de supposer qu'avec des injections intra-utérines d'une solution de permanganate de potasse, l'infection cesserait rapidement, et que tous les accidents ne tarderaient pas à disparaître. Le traitement local fut commencé le jour même et continué pendant quelques jours.

Deux jours après, le 12 avril, un nouvel incident se produisit. Après une nuit médiocre, la malade fut réveillée par une douleur vive siégeant au niveau du coude gauche, qu'elle avait de la peine à mouvoir. Effectivement, toute la région huméro-cubitale était œdématiée, et le bras, plié à angle droit, était dans l'impossibilité de s'étendre. L'exploration de l'articulation était douloureuse, mais l'œdème et l'empâtement phlegmoneux paraissaient bien plutôt résider dans les tissus péri-articulaires que dans la jointure elle-même.

Je diagnostiquai une péri-arthrite infectieuse, probablement d'origine utérine et vraisemblablement produite par le gonocoque. Quatre sangsues furent mise sur la région enflammée, et un pansement humide à la liqueur de van Swieten appliqué en permanence ; le bras fut immobilisé.

Le lendemain, l'œdème a gagné tout l'avant-bras et une partie du bras, avec l'apparence d'un phlegmon à marche rapide. La peau est tendue et rouge, la douleur à la pression, très vive extérieurement, moindre au niveau de l'interligne articulaire ; il n'existe pas de sensation de fluctuation profonde, mais une rénitence pâteuse surtout prononcée au pourtour de l'olécrâne. La fièvre est pourtant moins intense que la veille, mais la suppuration de la région péri-articulaire semble inévitable. Une ponction capillaire pratiquée, avec une seringue de Straus stérilisée, en plein œdème ramène aisément un centimètre cube d'une sérosité un peu louche, mais non franchement purulente. Ce liquide fut réservé pour l'examen bactériologique et les cultures.

Le 14 avril, l'œdème a encore un peu gagné du côté du bras et la sensation de pseudo-fluctuation est plus nette à la partie externe de l'articulation; je fais en ce point une incision de 5 à 6 centim. de longueur à travers les tissus infiltrés. Il s'échappe non du pus, mais une sérosité louche mêlée de sang. Cette intervention est suivie d'un apaisement rapide des douleurs locales et d'une rétrocession du phlegmon. En quelques jours, le gonflement disparaît et la plaie se répare sans incident.

Toutefois, à l'amélioration de l'état local ne correspond pas une dé-

tente de l'état général. Bien que les douleurs du coude aient complètement disparu, et que les mouvements de l'articulation soient devenus relativement faciles, néanmoins la fièvre continue avec le même type rémittent à grandes oscillations vespérales. Presque tous les jours, du 15 au 22 avril, le thermomètre monte à 39°,5 et même davantage ; le 22 avril, il dépasse 40°,4. Chacun des accès de fièvre est précédé, soit d'un frisson véritable, soit d'une sensation de chaleur et suivi de sueurs profuses. L'amaigrissement fait des progrès, l'appétit est nul et le peu d'aliments que prend la malade est souvent rejeté par des vomissements ; en un mot, c'est le tableau clinique de la septicémie en contradiction avec l'état excellent de la plaie locale.

Cette persistance d'accidents fébriles graves ne laissait aucun doute sur la réalité d'un foyer septique. Pendant plusieurs jours, je recherchai avec tout le soin dont j'étais capable, s'il ne se formait pas un nouvel abcès sous-cutané ou viscéral. L'examen des divers organes fut constamment négatif. Les poumons respiraient bien, le cœur battait régulièrement, sans souffles anormaux et sans affaiblissement du premier bruit ; les reins fonctionnaient suffisamment et l'urine ne renfermait pas d'albumine. Le foie ne paraissait pas hypertrophié ni douloureux, la rate seule était un peu grosse. Enfin les douleurs du bas-ventre avaient notablement diminué. Un nouvel examen de l'utérus ne révéla aucune aggravation de la métrite, ni aucune modification dans les sécrétions utérines.

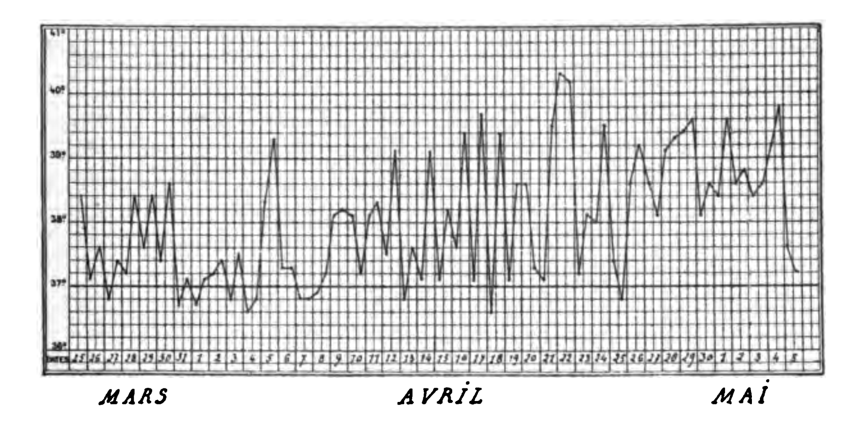
Pendant cette période, je m'adressai successivement, sans aucun succès, à tous les agents antipyrétiques. Les préparations de quinine à doses progressives, les lavements d'antipyrine furent inutilement prescrits ; les bains ne donnèrent lieu qu'à un soulagement passager. Le champagne et la potion de Rivière n'empêchèrent pas les vomissements de se répéter.

Le 25 avril, pour la première fois, je crois percevoir une légère modification du côté du cœur. Les bruits me paraissent sourds et moins bien frappés, et vers la pointe, j'entends un souffle léger, diastolique, très doux, qui pouvait être un souffle inorganique ou un frottement péricardique, bruit qui n'existait pas les jours précédents. Les poumons respirent bien ; pourtant, à la base droite, l'inspiration est un peu obscure, et cet affaiblissement du murmure vésiculaire correspond à une diminution de la résonance thoracique.

Le lendemain, 26 mai, les signes d'auscultation cardiaque se précisent et ne laissent guère de doute sur la réalité d'une endopéricardite

septique. Je note en effet un assourdissement des bruits du cœur plus prononcé que la veille : au-devant de la région précordiale, non loin du bord gauche du sternum, s'entend un murmure doux, aspiratif, superficiel, qui correspond à la diastole cardiaque, et qui semble manifestement siéger dans le péricarde. Je fais appliquer au-devant du cœur quatre ventouses scarifiées et prescris 10 centigr. de calomel à dose réfractée.

Le 27 avril, la fièvre semble moindre et le thermomètre ne marque que 38°,2. Mais la malade ne se sent pas mieux : elle a toujours un teint terreux, plombé, et un état nauséeux persistant. Le frottement péricardique n'est plus douteux et il s'entend aux deux temps de la



révolution cardiaque. Le pouls est petit et rapide (130), les battements du cœur sourds et précipités, on ne sent pas le choc précordial. Les urines sont rares, foncées en couleur ; pour la première fois, j'y constate de l'albumine.

En présence de ces symptômes, je diagnostique une endocardite infectieuse probablement végétante et une péricardite septique. Afin de voir si le sang de la malade est infecté, je prie M. Hallé d'en recueillir un centimètre cube avec une seringue de Straus stérilisée, par ponction directe de la veine basilique, et d'en faire des cultures.

Les jours suivants, le tableau clinique reste à peu de chose près le même. La malade n'éprouve, chose remarquable, ni dyspnée, ni angoisse précordiale : elle est seulement très pâle, se sent faible et a des tendances syncopales. Elle ne peut absorber aucune nourriture sans

être prise de nausées; on est obligé de recourir à des lavements alimentaires. La fièvre est toujours rémittente, et la température oscille de 38 à 39°,5. Les signes stéthoscopiques se modifient peu. Le frottement péricardique n'est pas plus fort ; il se limite actuellement vers la base du cœur, dans la région correspondant à la base du ventricule droit. Le premier bruit cardiaque est assourdi ; il n'existe pas de souffle organique appréciable à la pointe ni à la base. Les battements sont plutôt moins fréquents que les jours précédents (116), mais petits et mal frappés. (Injection sous-cutanée de sérum d'Hayem, 200 gr.)

Le 1er mai, un nouveau symptôme se montre, la dyspnée, qui jusque-là n'existait point. Le poumon commence à s'engouer aux bases. Les signes d'endopéricardite, par contre, sont moins accusés, probablement parce que l'énergie ventriculaire diminue. Les pulsations radiales sont très faibles (on continue, en les augmentant, les injections de sérum).

Le 5 mai, les signes d'une mort prochaine se manifestent : les yeux se creusent et les lèvres commencent à se cyanoser. Depuis trente-six heures, la température a été baissant progressivement : elle est descendue à 37°. A deux heures, une première syncope survient, dont la malade se relève par une piqûre d'éther. A quatre heures, se produit de l'agitation, de l'angoisse précordiale, et la mort arrive subitement par syncope.

Autopsie, vingt-trois heures après la mort.

Cadavre bien conservé. A l'ouverture du thorax, il s'écoule des deux cavités pleurales une certaine quantité de liquide séreux et transparent : 100 grammes environ pour la plèvre droite, 200 grammes pour la plèvre gauche. Celle-ci présente un léger exsudat fibrineux qui tapisse le feuillet viscéral en arrière et à la base du poumon, ainsi que sur son bord externe. A droite, la plèvre est un peu dépolie, sans exsudat fibrineux.

Les deux poumons sont intacts, et n'offrent aucune trace de tuberculose. Les ganglions du médiastin ne sont pas malades. Il n'existe, dans le parenchyme pulmonaire, ni infarctus, ni noyaux d'apoplexie : le lobe inférieur gauche est seulement un peu œdémateux.

Les lésions les plus importantes siègent au niveau du péricarde et du cœur.

Le sac péricardique est distendu par un épanchement assez considérable : 500 centimètres cubes environ d'une sérosité transparente, légèrement teintée de sang, non purulente. Le péricarde pariétal est un

peu épaissi : le feuillet viscéral dépoli, mais sans dépôt fibrineux au-devant de la face antérieure du cœur. Par contre, à la face postérieure de l'oreillette gauche, ainsi qu'autour de l'aorte et de l'artère pulmonaire, existent quelques dépôts fibrineux adhérents, de consistance molle et élastique.

Le cœur est dilaté et mou, de couleur jaunâtre. Les cavités droites ne présentent aucune altération. Le cœur gauche est rempli par un volumineux caillot qui se prolonge vers l'aorte et est adhérent à la base des valvules aortiques. L'oreillette gauche est saine.

La valvule mitrale n'offre ni épaississement, ni végétation, ni rétraction tendineuse ; elle a gardé sa souplesse et fonctionne normalement.

Par contre, la valvule aortique est très malade et montre des lésions typiques d'endartérite végétante.

Ces lésions n'intéressent pas les trois valvules sigmoïdes au même degré ; deux seulement sont atteintes : la troisième, celle qui répond à la valvule mitrale et qui est éloignée de l'orifice des coronaires, est intacte. Sur les deux valves malades, on constate, non seulement un épaississement énorme du bord libre valvulaire, mais des végétations en chou-fleur qui garnissent ce bord libre et font saillie au dehors. Malgré ces excroissances, les valvules ne sont pas insuffisantes, ce qui explique les signes négatifs de l'auscultation, constatés pendant la vie. La face interne des valvules sigmoïdes est dépolie et enflammée : l'inflammation se propage de là vers l'endocarde. Sur plusieurs points à ce niveau, se voient de petits caillots adhérents, dont quelques-uns, évidemment de vieille date, renferment un contenu puriforme et sont ramollis au centre. Aucun de ces caillots suppurés ne paraît s'être ouvert pendant la vie.

Les artères coronaires sont intactes et ne renferment pas de caillots ; on n'y constate pas de plaques d'athérome.

Il n'en est pas de même de l'aorte, qui, au-dessus des valvules sigmoïdes, est tachetée de quelques plaques athéromateuses jaunâtres, dépolies, à bords irréguliers et légèrement surélevés. Ces lésions d'endartérite sont strictement limitées à la portion ascendante de la crosse aortique et ne se retrouvent point sur l'aorte thoracique descendante ni sur l'aorte abdominale.

Les autres organes offrent les lésions de stéatose des septicémies aiguës. Le foie, modérément développé, a un éclat gras et une teinte jaune pâle : sur sa face convexe se voient quelques exsudats fibrineux disséminés : à la coupe, le parenchyme présente les caractères du foie

muscade, avec dilatation des vaisseaux portes et dégénérescence graisseuse des cellules lobulaires.

Les reins, volumineux, ont également un éclat gras à la coupe, et leur substance corticale a subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

La rate est grosse, congestionnée et pèse 270 grammes; elle n'offre aucun infarctus, non plus que le rein.

L'examen des viscères du petit bassin est absolument négatif. Bien que la porte d'entrée du virus ait été l'utérus, cet organe est absolument sain; la muqueuse n'est ni fongueuse, ni ramollie; les lymphatiques des ligaments larges ne sont pas suppurés, ni même dilatés; les trompes et les ovaires n'offrent aucune altération appréciable; il n'existe même pas d'adhérences pathologiques.

Les centres nerveux ont été soigneusement examinés et n'ont présenté rien d'anormal.

En résumé, voici une femme qui, après avoir subi une infection gonococcique, ne présente pas d'autres symptômes que ceux d'une métrite hémorrhagique en apparence bénigne; bientôt, malgré un traitement local rationnel, des phénomènes infectieux diffus se produisent, une périarthrite suppurée d'abord, puis une fièvre hectique symptomatique de l'invasion du cœur et du péricarde. L'endocardite végétante est la seule lésion prédominante trouvée à l'autopsie; encore reste-t-elle limitée à l'orifice aortique, sans s'étendre au reste du cœur gauche, et sans créer des infarctus septiques dans les viscères. Les altérations dégénératives des reins, du foie et de la rate, sont des lésions secondaires communes à toutes les grandes septicémies.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES. — 1° *Recherches bactériologiques faites sur le vivant.*

A. — *Examen du liquide utérin.* — Le 10 avril, dix-sept jours après le début des accidents, alors que les signes de métrite étaient à peine accusés, on pratique l'examen bactériologique du contenu de la cavité utérine. L'exploration du vagin et du col utérin, faite au moyen d'un spéculum stérilisé, montre la parfaite intégrité de la muqueuse vaginale, de l'urèthre et de l'orifice des glandes de Bartholin.

On prélève dans l'intérieur de la cavité du col, avec une pipette stérilisée, un peu de liquide qui est examiné et ensemencé.

a) *Examen des lamelles.* — Le liquide, retiré à 2 centimètres environ de profondeur de la cavité du col, est un liquide séreux, absolument transparent, contenant du mucus, quelques rares leucocytes et peu d'organismes. On trouve seulement quelques cocci isolés ou par deux, se colorant par le bleu de méthylène et ne prenant pas le Gram, à la façon du gonocoque. Il existe de plus quelques fins bacilles à peine colorés.

b) *Cultures aérobies.* — Elles sont faites parallèlement sur les milieux suivants :

Agar ordinaire,

Sérum de Wertheim,

Agar additionné de sang humain.

Au bout de deux jours d'étuve, les cultures permettent d'isoler à l'état de pureté et par ordre d'abondance :

1° Le gonocoque de Neisser ;

2° Un très fin diplobacille se colorant par le Gram (en petite quantité) ;

c) *Cultures anaérobies.* — Elles sont faites sur agar sucré, en tubes profonds.

Ces cultures permettent d'isoler à l'état de pureté, mais en faible quantité, une espèce qui paraît exister seule dans le liquide. C'est un bacille qui abonde d'ordinaire dans les sécrétions génitales et qui forme un des éléments pathogènes habituels du pus des abcès fétides de la glande vulvo-vaginale (bacillus caducus).

Il ressort de cet examen que malgré l'absence des signes habituels de la blennorrhagie, la malade est véritablement atteinte de métrite gonococcique.

B. — *Examen de la sérosité de l'œdème phlegmoneux du coude* (13 avril). — Après lavage de la peau au savon, au sublimé, puis à l'alcool et à l'éther, on recueille, au niveau de la partie externe du coude gauche, avec une seringue de Straus stérilisée à l'autoclave, un centimètre cube du liquide séro-purulent infiltré autour de l'articulation.

a) *Examen des lamelles.* — Malgré plusieurs examens de lamelles, au milieu des leucocytes et de la fibrine très abondante de l'exsudat, il n'est pas possible d'apercevoir aucune forme microbienne.

b) *Cultures aérobies* (agar ordinaire, agar ascite, agar avec sang humain). — On peut isoler d'emblée, à l'état de pureté sur ces milieux, des gonocoques de Neisser, et l'on ne rencontre aucune autre espèce microbienne associée.

c) *Cultures anaérobies* (agar sucré en tubes profonds). — Les tubes restent stériles.

d) *Inoculation du gonocoque isolé de l'œdème du coude.* — 1° Le 16 avril, inoculation de quatre divisions de la seringue de Straus, préalablement stérilisée, dans le péritoine d'une souris, avec une des cultures de gonocoques datant de quarante-huit heures, développée sur tube d'agar ascite.

Le 17 avril, la souris meurt.

Pas de péritonite purulente, mais sérosité abondante dans le péritoine. Le sang du cœur, ensemencé, ne donne pas de culture de gonocoques : l'examen du liquide péritonéal et les cultures faites avec le péritoine donnent, au contraire, un beau développement de gonocoques.

2° Le 18 avril, inoculation dans le péritoine d'une souris, d'une culture de gonocoques datant de vingt-quatre heures, provenant de l'autopsie de la souris précédente.

Deux heures après l'inoculation, la souris est mourante. L'autopsie, le lendemain, ne révèle pas plus de lésions que dans le cas précédent ; mais les cultures faites avec le péritoine sont toutes positives.

Conclusion. — L'œdème phlegmoneux du coude contient, à l'état de pureté, le gonocoque de Neisser, et celui-ci est particulièrement virulent, puisqu'il tue les souris en quelques heures (1).

C. — *Examen du sang pendant la vie.* — Le 27 avril, après avoir pris les précautions ordinaires (lavages de la peau au sublimé et à l'alcool), on retire un centimètre cube de sang de la veine médiane et céphalique.

L'examen sur lamelles ne montre pas d'organismes.

Les ensemencements faits sur six tubes de Wertheim, dont le liquide est ensuite réensemencé au bout de vingt-quatre heures sur d'autres tubes, ne donnent lieu à aucun développement d'organismes.

---

(1) Parmi les animaux en grand nombre, lapins, souris, cobayes, que nous avons inoculés avec des cultures de gonocoques, ces deux souris font exception à la règle habituelle, car les inoculations de gonocoques aux animaux sont presque toujours sans effet.

Comme, en inoculant les souris, on injectait toujours une certaine quantité du liquide ascitique servant à la fabrication de l'agar, il y avait lieu de se demander si ce liquide n'était pas toxique pour les souris. Des expériences de contrôle nous ont montré que, injecté dans le péritoine des animaux, même en grande quantité, ce liquide ascitique n'était pas toxique.

2° *Recherches bactériologiques aussitôt après la mort.* — Le 5 mai, moins de deux heures après la mort, nous recueillons, après cautérisation de la peau, avec de fortes pipettes, les liquides suivants :

a) Trois pipettes, enfoncées peu profondément, ramènent du liquide péricardique séro-fibreux, avec quelques petits caillots et des flocons de fibrine.

b) Une pipette, dirigée vers l'oreillette gauche, ramène du sang très noir, contenant un nombre considérable de leucocytes.

c) Une prise dans la partie inférieure de l'aisselle ramène un liquide séreux contenu dans la plèvre.

Malgré de nombreux examens sur lamelles de tous ces liquides, faits le jour même ou au bout de douze heures d'étuve ; malgré des ensemencements très abondants, faits sur une vingtaine de tubes, propres au développement du gonocoque, il a été impossible de déceler aucune espèce d'organisme dans ces liquides. Les ensemencements anaérobies sont également restés stériles.

3° *Recherches bactériologiques au moment de l'autopsie* (6 mai), *vingt-trois heures après la mort.* — *a*) On prélève du liquide pleural, du liquide péricardique et du sang du ventricule gauche. Ces différents liquides sont examinés sur de nombreuses lamelles, sans permettre de voir aucun organisme. Ayant été ensemencés la veille, ils ne sont pas réensemencés.

b) *Examens des végétations aortiques.* — α) *Examen sur lamelles.* — Les examens sur lamelles de petits fragments de végétations fibrineuses écrasées, montrent après coloration, des organismes abondants, semblant appartenir à une seule espèce microbienne et formés de cocci et de diplococci, de taille un peu inégale, ne gardant pas le Gram, et ayant tous les caractères du gonocoque.

D'autres frottis, faits avec des fragments de caillots, adhérents à la face ventriculaire des valvules sigmoïdes malades, montrent des leucocytes en grande abondance, au milieu des hématies, et quelques diplocoques, offrant les caractères des gonocoques.

β) *Cultures.* — Plusieurs petits fragments des végétations aortiques, prélevés sur la valvule répondant à l'orifice de la coronaire postérieure, sont recueillis, avec toutes les précautions antiseptiques, de façon à obtenir seulement des échantillons venant de la profondeur des végétations. On les introduit dans des tubes stérilisés, et on les ensemence après trituration préalable.

Plusieurs tubes d'agar-ascite de Wertheim sont ensemencés par dilution successive.

Les tubes à semence très diluée restent stériles. Les autres montrent, au bout de vingt-quatre heures, de très petites colonies qui le lendemain offrent tous les caractères des colonies de gonocoques.

Ces colonies sont en assez petit nombre sur chaque tube, 15 à 20 environ.

L'examen des colonies, les réensemencements sur différents milieux, l'aspect des organismes, etc., permettent d'identifier absolument le diplocoque contenu dans les valvules au gonocoque de Neisser (1) déjà constaté dans l'utérus et l'œdème du coude de la malade.

γ) *Inoculations.* — Le gonocoque isolé des végétations aortiques n'a pas présenté la virulence inaccoutumée de l'échantillon recueilli au niveau de l'œdème du coude.

c) *Examen des plaques jaunâtres de la crosse de l'aorte.* — Plusieurs frottis faits en raclant le fond des petites plaques jaunâtres de la crosse de l'aorte ont montré, au milieu des leucocytes, des diplocoques ne gardant pas le Gram, identiques au gonocoque. Ces plaques n'ont pas été ensemencées.

d) *Examen des plaques fibrineuses du péricarde viscéral.* — Les frottis faits avec de petites plaques fibrineuses siégeant à la partie postérieure du cœur montrent quelques rares cocci identiques aux précédents, et pas d'autres organismes.

e) *Examen bactériologique du contenu utérin.* — L'utérus, enlevé dix-sept heures après la mort, est ouvert avec toutes les précautions antiseptiques. Il est vide et paraît absolument sain. Les frottis obtenus avec le raclage de la muqueuse montrent seulement quelques rares leucocytes et des cellules épithéliales. On ne peut même pas colorer d'organismes au milieu de ces éléments. Pas d'ensemencement.

Le rein, la plèvre, la rate, les exsudats fibrineux péritoniques n'ont été ni examinés, ni ensemencés dans le but de déceler le gonocoque.

4° *Recherches histologiques et bactériologiques sur des coupes minces* (2).

(1) Actuellement (10 octobre 1897) le gonocoque retiré de cette endocardite est encore vivant, grâce à des ensemencements répétés environ tous les six jours sur milieu de Wertheim (agar-ascite).

(2) Ces pièces ont été fixées et durcies par l'acool ou le sublimé, et montées à la praffine. Nous nous sommes surtout servi, pour colorer les gonocoques dans les coupes, du bleu de Lœffler qui nous a donné de meilleurs

Ces recherches ont porté:

Sur plusieurs fragments de valvule sigmoïde aortique; sur un fragment d'endocarde un peu au-dessus de la valvule; sur un fragment de péricarde; sur une plaque de l'aorte; enfin, sur des fragments de rein, d'utérus et de plèvre.

a) Histologie de la vavule sigmoïde. — Trois fragments ont été étudiés; l'un au point d'insertion de la valvule, l'autre dans son épaisseur, le troisième au niveau du bord libre et des végétations qui y sont adhérentes. Voici le résumé des lésions constatées.

L'endocarde présente des lésions inflammatoires qui se retrouvent sur l'endocarde ventriculaire gauche. L'augmentation d'épaisseur de la séreuse et son infiltration par les éléments embryonnaires s'accentuent beaucoup à mesure que l'on se rapproche de la valve elle-même. Déjà avant d'arriver à l'union de la valve sigmoïdienne avec la paroi, il devient difficile de discerner nettement les limites de l'endocarde. La fibrine envahit et infiltre tout le tissu, dissociant les mailles conjonctives. L'infiltration embryonnaire se fait d'une façon irrégulière et en certains points les leucocytes forment des amas ou des bandes serrées, véritables petits abcès en miniature.

Le myocarde n'est pas moins altéré. L'inflammation s'étend à plusieurs millimètres de profondeur et augmente à mesure que l'on se rapproche de la valve malade. Les fibres musculaires dissociées sont même, en certains points, à peine reconnaissables.

Nous n'avons pas vu sous le microscope d'organisme dans l'endocarde ventriculaire. Mais près de la valvule, on constate dans les points où les leucocytes forment des amas, des cocci groupés en diplocoques et ayant tous les caractères distinctifs et toutes les réactions des gonocoques.

Ces organismes existent également, mais en petit nombre, dans le myocarde et seulement dans les couches superficielles contiguës à la valvule. Il ne s'agit là que d'une extension du processus infectieux de l'endocarde vers le myocarde.

Ils sont infiniment plus nombreux, par contre, dans les coupes intéressant le milieu de la valvule, et passant en plein tissu de végétations. On retrouve en effet difficilement la structure de la valvule, tant les

---

résultats que toutes les autres méthodes. Les préparations les plus nettes ont été obtenues par une déshydratation rapide de la coupe, avec adjonction d'un peu d'éosine pour colorer la fibrine.

lésions inflammatoires sont accentuées. Ce qui domine, ce sont des masses de fibrine formant un réseau qui enserre des groupes de leucocytes, de véritables petits abcès collectés. En ces points, les noyaux de ces leucocytes ne sont plus colorables et les gonocoques y fourmillent. Ils sont d'autant plus faciles à constater qu'ils dessinent des traînées dans des masses fibrineuses presque dépourvues de leucocytes.

Même aspect, plus saisissant encore, dans les coupes faites au milieu des végétations fibrineuses les plus superficielles. Là, plus de structure fibreuse: c'est de la fibrine pure, englobant quelques amas de leucocytes, quelques bandes de cellules à noyaux bien colorés, enfin de rares hématies. Les micro-organismes pullulent dans ces végétations : ils y constituent de véritables amas, se présentent sous forme de bandes, de véritables rubans microbiens atteignant près d'un millimètre d'épaisseur et constitués exclusivement de gonocoques (voir planche I).

Il est à remarquer que le centre des végétations renferme parfois relativement peu d'organismes, constituant de petits îlots assez pauvres : çà et là, entre les mailles fibrineuses, se voient des organismes isolés, se colorant mal pour la plupart.

Le fait absolument caractéristique, c'est la présence exclusive du gonocoque dans les végétations. Nulle part il n'existe de microbes en chaînettes, se colorant par le Gram : tous ont l'aspect morphologique du gonocoque et ses réactions chimiques ; ils se décolorent dans la coupe traitée par la méthode de Gram. Leur maximum de concentration siège près de la surface des végétations, et en ce point, ils forment une bande assez épaisse pour que, colorés par le bleu de Lœffler, ils soient aisément visibles à l'œil nu. L'absence presque complète de leucocytes à ce niveau fait de ces préparations une véritable culture pure de gonocoques dans la fibrine.

b) *Histologie du péricarde.* — Elle peut se résumer en quelques mots. Le feuillet viscéral présente des lésions inflammatoires diffuses avec infiltrations de cellules rondes. Les vaisseaux sous-jacents sont très congestionnés. Les organismes n'y sont pas fréquents ; nous en avons pourtant rencontré d'indiscutables sur une coupe.

c) *Une plaque athéromateuse de l'aorte* a été sectionnée et examinée sur de nombreuses préparations. Nous n'avons pas retrouvé d'organismes sur les coupes ni dans la profondeur des tissus.

d) *Plèvre.* — Un petit fragment de la plèvre gauche examiné, nous a

montré des lésions très nettes de pleurésie fibrineuse. Nous n'avons pu déceler d'organisme dans les coupes de ce fragment.

e) Reins. — Les coupes du rein nous ont montré seulement des altérations douteuses. Il n'existait pas d'infiltration embryonnaire, pas de lésions de néphrite interstitielle, pas d'organismes sur les coupes.

f) Utérus. — Il en a été de même de l'utérus. Les coupes de cet organe ne décèlent aucune altération de la muqueuse, sauf un certain degré de congestion. Nous n'avons pas trouvé d'organismes.

Cette observation nous paraît présenter un réel intérêt au point de vue de l'histoire clinique et bactériologique de l'infection gonococcique.

Elle nous montre, en effet, le gonocoque provenant vraisemblablement d'une infection déjà lointaine, et cantonné dans le col de l'utérus, à l'exclusion du vagin et de l'urèthre, ses localisations habituelles. Ce siège anormal du microbe infectieux a contribué à égarer au début le diagnostic, et a imprimé à la symptomatologie de l'affection, un caractère tout à fait insolite. Les signes physiques étaient, en effet, ceux d'une métrite insignifiante, alors que l'état général était celui d'une septicémie grave. L'examen seul du liquide utérin, en décelant la présence du gonocoque, a révélé la nature du mal : l'apparition rapide de l'œdème phlegmoneux du coude est venue confirmer le diagnostic, et montrer en même temps la virulence singulière de ce microbe en général assez bénin.

Une fois la périarthrite incisée et l'œdème disparu, la persistance de la fièvre hectique, des frissons et des nausées ont démontré la pullulation dans le sang de l'agent infectieux, et fait pressentir l'imminence d'une endocardite végétante, que nous avons pu reconnaître et suivre jour par jour jusqu'à la mort de la malade. Cliniquement, toutes les étapes de l'infection ont été notées avec la précision d'une véritable expérience, qui s'est déroulée sous nos yeux, pendant six semaines.

Anatomiquement, le fait actuel ne nous semble pas moins important, en ce sens qu'il lève tous les doutes relativement à la réalité de l'endocardite blennorrhagique.

La clinique, sur ce point, avait déjà précédé les études de

laboratoire. On savait que, dans les formes graves de blennorrhagie, le cœur peut se prendre, au même titre que dans les autres maladies virulentes. Dans certains cas il était admis, que dans ces faits exceptionnellement graves, le gonocoque n'agissait pas seul, et qu'il était associé à d'autres espèces microbiennes de virulence supérieure. C'est à cette opinion que Morel et Dérignac, en 1894, s'étaient ralliés : c'est également la conclusion du travail de His, qui sur deux sujets morts d'endocardite ulcéreuse au cours d'une blennorrhagie, avait trouvé simultanément un diplocoque ayant les réactions du gonocoque et le streptocoque pyogène. D'autres auteurs avaient constaté le même diplocoque, mais avaient échoué dans leur essai de culture.

L'observation qui précède met hors de doute la réalité de l'endocardite infectieuse due au seul gonocoque. Nous avons pu constater, pendant la vie de la malade, que les sécrétions utérines, aussi bien que la sérosité de l'œdème, renfermaient un seul et unique organisme, le gonocoque, dont la virulence a été démontrée par les cultures et les inoculations successives. D'autre part, après la mort, nous avons pu retrouver le même organisme dans le cœur, dans le péricarde, partout où existaient des lésions inflammatoires : nous avons vu combien il était abondant dans les végétations de l'endocarde. Or dans toutes ces lésions, partout le gonocoque s'est montré avec son caractère constant et sa morphologie spéciale : nulle part il n'existait d'association microbienne. C'est, à notre connaissance, le premier cas où cette double recherche a été poursuivie anatomiquement et expérimentalement avec un résultat aussi précis et aussi démonstratif (1).

Un seul point reste obscur dans cette observation : c'est la cause en vertu de laquelle le gonocoque, chez cette femme, a pris tout à coup une virulence si particulière. Il ressort, en effet,

---

(1) Voir à ce sujet les observations de Leyden, W. T. Cuncilman, Finger, Ghon et Schlagenhaufer, W. Thayer et G. Blumer Michaelis, qui sont données textuellement dans l'excellente thèse de M. Sée, *Le gonocoque*. Paris, 1896.

de l'observation que l'infection gonococcique n'était pas de date récente : le fait même que le vagin et l'urèthre, portes d'entrée habituelle du virus, étaient épargnés, le prouve. Pourquoi cet organisme, d'ordinaire bénin, sinon inoffensif, a-t-il déterminé, en quelques semaines, une infection si générale et si grave, c'est ce que nous ne saurions dire. Nous nous sommes demandé si les préoccupations morales de cette femme, attristée par la mort récente de sa mère et incertaine de l'avenir de ses deux enfants, n'avaient pas contribué à créer chez elle des conditions de réceptivité spéciale ; mais ceci est du domaine de l'hypothèse et nous ne voulons pas y insister.

TRANSMISSION DES TOXINES DU FŒTUS A LA MÈRE (1)

Par **M. A. Charrin.**

On sait avec quelle facilité de nombreux principes passent de la mère au fœtus au travers du placenta. On sait aussi que, parfois, divers éléments suivent le chemin inverse, se rendant des plasmas de ce fœtus aux tissus maternels (2).

Les toxines peuvent-elles effectuer ce trajet du rejeton à ces tissus maternels ? La nature de ces toxines, la structure des membranes animales, les difficultés possibles de la dialyse, etc., n'autorisent pas à formuler une réponse *a priori*.

J'ai soumis le problème à l'expérimentation.

Expérience I. — Le 18 avril 1898, on pratique la laparotomie chez une lapine pleine, à une période avancée de la gestation. On distingue nettement tant les fœtus que la situation des différents délivres ; de cette façon, il est aisé d'injecter aux petits lapins des principes microbiens, sans piquer ces délivres : on introduit ainsi 1 c. c. de toxine diphtérique, dose répartie entre quatre de ces petits.

Le 20, la lapine avorte ; le 22, elle succombe.

---

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) Voir les récents travaux de LANNOIS et BRIAU. *Lyon médical*, 1898.

L'autopsie permet de constater l'absence de péritonite, en même temps qu'une congestion intense des capsules surrénales.

Sur sept expériences analogues, j'ai obtenu quatre fois des résultats de cet ordre, autrement dit quatre fois la toxine franchissant le placenta a intoxiqué la génératrice; deux femelles ont succombé à des accidents de péritonite; une a survécu sans être vaccinée.

J'ai tenté de réaliser cette vaccination en injectant les produits solubles du bacille de Löffler ou ceux du germe de Nicolaïer dans les tissus des fœtus. Or, malgré l'emploi de doses minimes mélangées à l'iode, j'ai constamment échoué: les animaux sont morts promptement. D'ailleurs, la fréquence des avortements s'oppose habituellement à la répétition de ces injections progressives.

J'ai pensé vaincre la difficulté en utilisant une toxine qui d'emblée peut être introduite, sans de graves inconvénients, dans des proportions plus importantes.

Expérience II. — Le 4 mai, on pratique aseptiquement la laparotomie chez une lapine pleine : on injecte 3 c. c. de toxine pyocyanique, en répartissant cette proportion entre cinq fœtus : cette lapine survit, mais elle avorte au bout de cinq jours ; les petits ne vivent que quelques heures.

Le 17 mai, on l'inocule par voie vasculaire ; on introduit dans la veine marginale de l'oreille une culture active du pus bleu à la dose de 1 c.c.; deux animaux témoins sont soumis à une inoculation identique; le premier meurt le 20; le second, le 23; la femelle qui a reçu au préalable la toxine résiste jusqu'au 29 mai.

Une expérience semblable a fourni des résultats comparables même plus marqués, en ce sens que la lapine préparée a vécu vingt-trois jours de plus que les témoins morts en cinquante-sept et soixante-douze heures.

Sur onze tentatives, trois seulement ont fourni des résultats positifs, autorisant à penser qu'il est possible d'augmenter dans des proportions variables la résistance d'une femelle pleine à un microbe déterminé, en introduisant les toxines immunisantes dans les tissus de fœtus placés dans l'utérus.

Ces diverses expériences démontrent que des virus ou plutôt des toxines déposés chez ces fœtus, soit directement, artificiellement, soit par la cellule du générateur, possibilité établie par l'histoire de la syphilis, peuvent être transmis à la génératrice.

Quand, en raison des difficultés de la dialyse placentaire, cette génératrice reçoit de faibles doses, ou simplement certaines parties des sécrétions bactériennes, celles qui, par exemple, font naître l'état réfractaire, seul cet état réfractaire, au lieu des accidents possibles, se manifestera sans trouble morbide apparent ; ce sont des faits de cet ordre qui ont conduit à la loi de Colles qui enseigne qu'un enfant syphilitique ne peut infecter sa mère.

Différentes considérations se dégagent encore de l'examen de ces résultats assez suggestifs.

C'est ainsi que les principes microbiens qui passent des plasmas des rejetons dans ceux de la mère, provoquent dans ces deux organismes (si la survie est suffisante, surtout pour ces rejetons) le développement de l'immunité, autrement dit le développement d'attributs cellulaires spéciaux, tels que fabrication de corps bactéricides ou antitoxiques, activités phagocytaires, etc. Or, d'un autre côté, l'observation, en syphiligraphie, par exemple, apprend que ces rejetons peuvent tenir ces principes microbiens vaccinants, du générateur qui leur a transmis le virus, formateur de ces principes ; c'est dire que, chez ce générateur, ces principes vaccinants ont pu faire apparaître ces attributs cellulaires spéciaux : phagocytose énergique ou production de substances nuisibles aux agents pathogènes ou à leurs toxines.

En définitive, cet enchaînement établit que la génératrice reçoit par l'intermédiaire des fœtus des éléments qui impriment aux tissus maternels des propriétés que ces éléments ont fait naître en premier lieu chez le générateur, en second lieu chez les descendants ; grâce à cet intermédiaire intra-utérin, ces tissus maternels possèdent des caractères identiques à ceux que possèdent ces mêmes tissus chez le père.

Mais, à son tour, l'économie de la génératrice transmet aux rejetons les attributs en sa possession; le générateur peut disparaître sans que les caractères qui procèdent de son milieu s'effacent. Vienne alors un nouveau générateur, une nouvelle fécondation chez la même mère, le nouveau produit, par hasard, pourra précisément hériter des qualités que cette mère tenait de l'ancien de ces deux générateurs. Ainsi s'expliquent peut-être ces bizarreries de l'hérédité, désignées sous le nom de phénomènes de télégonie.

DE L'AUGMENTATION DE POIDS QUI PRÉCÈDE PARFOIS LA MORT CHEZ LES TRÈS JEUNES ENFANTS

Par le Dr **G. Durante.**

L'étude attentive des variations de poids est, dans la clinique infantile, un élément important, car les oscillations que l'on observe dans cette courbe, lorsqu'elles ne sont pas dues à une nourrituture défectueuse, cadrent assez exactement avec l'état général de l'enfant. Une courbe régulièrement ascendante indique une bonne alimentation et une croissance régulière ; le plateau, s'il ne provient pas d'une alimentation insuffisante, montre un état instable qui doit attirer l'attention ; les chutes de poids révèlent une indisposition, sont souvent proportionnelles à la gravité de l'état pathologique, et cette chute s'accentue généralement jusqu'à la mort, tandis que la convalescence est indiquée, au contraire, par une nouvelle ascension de cette courbe.

Mais, s'il en est le plus souvent ainsi, cette loi souffre des exceptions et l'on peut observer, entre autres, dans les deux ou trois jours qui précèdent la mort, une augmentation de poids parfois considérable qui, au premier abord, semblerait du meilleur augure.

Notre attention a été attirée sur ce point par plusieurs faits que nous avons pu suivre dans les pavillons de débiles de la Maternité dont M. Porak a bien voulu nous confier la direction.

Le dernier que nous avons observé et dont nous avons présenté les pièces à la Societé anatomique (1) nous paraît assez probant pour mériter d'être communiqué.

Le voici en résumé :

Obs. I. — Phil..., âgé de 3 mois environ, pesant 1,750 grammes à sa naissance le 12 avril 1898.

Cet enfant augmente régulièrement de poids pendant 2 mois 1/2 avec des garde-robes normales et atteint 2,500 grammes.

Du 20 au 28 juin sa courbe reste stationnaire et l'auscultation décèle quelques râles disséminés. A ce moment les selles deviennent jaune-vert, les râles augmentent, la respiration devient rude, il y a de la cyanose, mais le poids *augmente subitement de 225 grammes en 5 jours* et l'enfant meurt le 4 juillet après avoir présenté, le jour de sa mort, une diminution insignifiante de quelques grammes, alors que cette courbe aurait semblé indiquer un début de convalescence.

A l'*autopsie* on trouve, ainsi qu'on peut le voir sur les pièces que nous présentons ici, une *tuberculose* généralisée des deux poumons. Dans un sommet existent déjà deux cavernes du volume d'une grosse noisette. Le reste des poumons montre une tuberculose miliaire à fines granulations jeunes très confluentes, dont *la poussée semble avoir coïncidé avec l'augmentation de poids observée dans les derniers jours.*

En comparant les observations recueillies dans le pavillon depuis le mois de mars et dont nous avons pu suivre les sujets de près, nous avons relevé sur les 131 décès, un certain nombre de faits identiques dont voici les résumés très succincts :

Obs. II. — De Lév..., enfant de 2 mois, pesant 1,178 grammes à sa naissance, le 23 avril 1898.

Son poids oscille entre 1,100 et 1,200 gr. jusqu'au 13 juin, avec des selles mal digérées. Il avait à la jambe une plaie qui suppurait un peu, et un œdème du pied consécutif.

Du 13 au 20 juin, *il augmente subitement de 115 grammes* et meurt en atteignant 1,300 grammes. Il y a eu opposition et nous n'avons pu faire l'autopsie.

Obs. III. — Moll..., enfant de 8 jours, pesant 1,140 grammes à sa naissance, le 18 mars 1898. L'état général était bon, sauf de l'*ictère*, et

(1) *Bull. Soc. Anat.*, 8 juillet 1898.

les selles excellentes. Il augmente régulièrement de poids, gagnant 100 grammes et meurt le 24 mars en atteignant 1,240 grammes. Dans les derniers jours l'ictère disparaît, l'état général devient moins bon, mais la courbe de poids continue à montrer une *ascension* régulière jusqu'à la fin.

Obs. IV. — Poup..., enfant de 3 semaines, pesant 1,470 grammes à sa naissance, le 18 avril 1898.

Malgré des selles mal digérées, sa courbe monte régulièrement jusqu'au 30 avril et atteint 1,600 grammes. Du 1er au 10 mai elle tombe à 1,550 grammes et il apparaît un *ictère* qui prend la coloration grisâtre de l'ictère bronzé des nouveau-nés.

Mais du 10 au 12 mai, *ascension brusque de 50 grammes*, et mort le 17 mai après avoir récupéré son poids de 1,600 grammes.

A l'*autopsie*, coloration ictérique de tous les organes. Le foie seul paraît malade. D'un jaune pâle, il présente, sur les coupes histologiques, une distension énorme des cellules par des gouttes de graisse sans, cependant, destruction du protoplasma ni du noyau.

Obs. V. — Bast..., enfant de 8 jours, pesant 1,830 grammes à sa naissance, le 7 avril 1898. Du 7 au 11 avril il perd 200 grammes. Ses selles sont bonnes, mais il vomit une grande partie de son lait.

Le 12, malgré l'apparition d'un *ictère* assez marqué, il se met subitement à *remonter* et meurt le 15 avril en atteignant 1,720 grammes.

Obs. VI. — Evr..., enfant de 8 jours, pesant 1,610 grammes à sa naissance, le 17 juin 1898.

Après avoir présenté d'abord une ascension de 250 grammes pendant 2 jours puis une chute de 50 grammes, ses selles, bonnes jusque-là, deviennent fétides, puis noirâtres. Cependant, du 21 juin au 26 juin, il se remet à augmenter, *gagne 75 grammes en 4 jours* et meurt.

A l'*autopsie* on constate l'existence d'une syphilis hépatique scléreuse et, dans les poumons, de l'apoplexie nodulaire terminale.

Obs. VII. — Lass..., enfant de 1 mois, né le 18 mai 1898 et pesant 1,790 grammes à son entrée dans le service le 11 juin 1898.

Du 11 juin au 16 juin il perd 60 grammes et ses selles sont mal digérées.

Puis en *4 jours il gagne 75 grammes* et meurt le 21 mai, pesant 1,805 grammes, sans avoir présenté d'autres symptômes.

A l'*autopsie*, aucune lésion n'explique la mort.

Obs. VIII. — Daz..., enfant de 6 semaines, pesant 1,170 grammes à sa naissance, le 6 avril 1898.

Malgré des selles mal digérées, il reste stationnaire entre 1,200 et 1,300 grammes jusqu'au 16 mai, avec quelques accès de cyanose.

Du 16 au 21 mai il gagne *200 grammes en 5 jours* et meurt avec un poids de 1,500 grammes.

A l'*autopsie*, le volume du thymus peut faire supposer qu'il a succombé à des compressions exercées par cette glande.

Obs. IX. — Doubl..., enfant de 1 mois, pesant 1,830 grammes à sa naissance, le 2 mai 1898.

Jusqu'au 10 mai, il reste stationnaire avec des selles mal digérées et un peu de cyanose. Du 10 au 20 mai, il gagne 250 grammes ; puis reste de nouveau stationnaire jusqu'au 24 mai sans que ses selles se soient modifiées.

Du 24 au 26 mai, *ascension terminale de 75 grammes* et mort.

A l'*autopsie*, le seul organe paraissant être malade est le *foie*, jaune pâle, qui, sur les coupes histologiques présente, comme dans l'observation IV, cette même surcharge de gouttes de graisse dans les cellules hépatiques.

Obs. X. — Villej..., enfant de 8 jours, pesant 1,230 grammes à sa naissance le 5 juillet 1898.

Après être demeuré stationnaire pendant 3 jours avec de bonnes selles, ses gardes-robes se gâtent, deviennent mal digérées.

Il *augmente* cependant *brusquement de 50 grammes* en 4 jours et meurt.

A l'*autopsie*, le seul organe malade paraît être le *foie* qui présente les mêmes surcharges graisseuses que dans l'observation précédente.

Comme nous rédigions cette note, un dernier cas s'est montré dans le service, où nous avons pu pronostiquer la mort prochaine en nous basant précisément sur l'augmentation de poids anormale que présentait l'enfant.

Obs. XI. — Rob..., enfant de 2 mois environ, pesant 2,120 grammes à sa naissance, le 13 mai 1898.

Jusqu'au 3 juin, cet enfant présente à plusieurs reprises des convulsions ayant toutes les allures de la crise épileptique. L'état général, cependant, était excellent quoique la courbe fût assez inégale. Du 4 au 21 juin il se met à progresser régulièrement et gagne 300 grammes. Du 23 juin au 16 juillet, il reste à peu près stationnaire, tandis qu'apparaît un coryza qui fixe le diagnostic. Malgré le traitement

spécifique le poids ne s'élève pas et baisse même légèrement, tombant dans l'espace de ces 3 semaines de 2,200 à 2,100. Il apparaît en outre un peu de bouffissure de la face et un léger œdème des pieds.

Du 16 au 21 juillet, il *gagne 200 grammes*, mais l'état demeurant stationnaire nous ne portons qu'un pronostic très réservé. Le 22 juillet, la courbe s'étant relevée encore et l'enfant ayant *gagné 75 grammes*, nous annonçons une terminaison fatale prochaine. Il meurt, en effet, le 23 au soir, après avoir *augmenté encore de 75 grammes* dans la dernière journée.

A l'*autopsie :* œdème pulmonaire et gomme cérébrale siégeant dans la couche optique et intéressant les circonvolutions adjacentes.

En résumé, sur 130 décès relevés au pavillon des débiles depuis le 1er mars 1898, nous avons observé cette ascension plus ou moins brusque du poids avant la mort dans 11 cas qui peuvent, au point de vue étiologique, se subdiviser comme suit :

Chez 1 enfant atteint de suppuration.

Chez 1 tuberculeux à poussée granulique.

Chez 2 syphilitiques (un hépatique et un cérébral).

Chez 5 enfants ayant, ou n'ayant pas présenté d'ictère, mais chez lesquels l'autopsie révélait, comme seule affection, une lésion du *foie* caractérisée par une énorme surcharge graisseuse distendant le protoplasma des cellules hépatiques et s'accompagnant parfois d'une dilatation des capillaires biliaires et sanguins qui, pour sa part, contribuait à l'aplatissement, à l'effacement de la portion sécrétante de cette glande.

Chez 1 enfant ayant peut-être succombé à l'hypertrophie du thymus.

Enfin chez 1 enfant où, ainsi que cela se voit si souvent chez le nouveau-né, l'autopsie n'a pu révéler la cause de la mort.

Et d'abord, pour réfuter une objection, nous devons dire que ces poids ne peuvent pas être soupçonnés de fantaisie. Ces augmentations coïncidant avec un état général qui ne se relevait pas, ne concordant pas avec ce que l'on observe d'habitude, éveillaient l'attention ; aussi ces enfants ont-ils été *repesés à diverses reprises* afin de s'assurer qu'il n'y avait pas d'erreur.

Cette ascension de la courbe avant la mort, présente de grandes variétés.

Tantôt la mort survient à la fin d'une courbe régulièrement ascendante, sans qu'aucun plateau ou aucune chute ait fait prévoir une fin prochaine (obs. III). Ce sont les cas les plus rares.

Le plus souvent l'enfant étant atteint d'une des affections diverses dont nous aurons à parler plus loin, sa courbe dessine un plateau plus ou moins prolongé, ou présente des oscillations stationnaires, le malade perdant tous les 2 jours ce qu'il a gagné la veille. Puis, subitement, il se dessine une *ascension* nette, durable, mais *sans amélioration de l'état général* et l'enfant succombe au moment où l'on espère que, se nourrissant mieux, il va prendre le dessus (obs. I, II, VIII, IX, X, XI).

Parfois, enfin, c'est après une chute plus ou moins prononcée et plus ou moins intense, que, sans amélioration apparente de l'état général, la courbe remonte subitement et se termine par la mort (obs. IV, V, VI, VII).

Quant à la quantité de poids gagnée dans les derniers jours, elle s'est montrée aussi variable que la durée de cette ascension terminale. Généralement il s'agit d'un gain de 50 à 75 grammes, rarement de 100 grammes, dans l'espace de 2 à 4 jours, succédant à une perte de poids ou à un poids stationnaire (obs. III, IV, V, VI, VII, IX, X).

Mais dans quelques cas (obs. I, II, XI) cette augmentation de poids est aussi considérable que rapide et s'élève à 115 grammes, 200 et même 350 grammes en 5 à 6 jours, contrastant étrangement avec l'état stationnaire précédent et ne coïncidant pas avec un mieux sensible.

Le fait le plus caractéristique et qui doit attirer l'attention est donc surtout, *chez un enfant mal portant, l'apparition d'une augmentation de poids subite survenant sans cause et sans amélioration de l'état général.* Dans ces conditions, ce symptôme, loin d'être favorable, doit faire porter un pronostic au moins réservé.

La cause de cette augmentation de poids terminale est difficile à élucider. Nous pouvons dire, cependant, qu'elle ne coïncide ni

avec de la constipation, ni avec une nourriture plus abondante. La nourriture même, dans un ou deux cas, avait été un peu diminuée en raison des selles mal digérées.

L'*œdème* a été observé, mais ne saurait être invoqué pour expliquer tous les cas. Il existait en effet aussi accusé dans l'observation I que dans l'observation IX, correspondant, dans un cas, à une augmentation de 115 grammes et dans l'autre à une augmentation de 350 grammes. En outre, dans l'un et l'autre cas, il était déjà presque aussi prononcé plusieurs jours avant l'apparition de l'ascension terminale durant laquelle il n'a fait que peu de progrès. Enfin cet œdème, plutôt rare, n'existait pas, au moins d'une façon visible, dans les autres observations.

Les affections, à la fin desquelles se sont montrés ces poids paradoxaux, sont très diverses.

Nous mettrons de côté l'observation VIII qui nous paraît discutable et que nous n'avons signalée que pour être complet. Nous croyons qu'il s'agit ici, en effet, d'un cas de mort subite par hypertrophie du thymus chez un enfant qui prospérait régulièrement. Toutefois, il faut constater que l'ascension terminale a été précédée d'un plateau indiquant un état de souffrance. Peut-être, le petit malade reprenant le dessus, la circulation s'est-elle activée et a-t-elle déterminé une congestion du thymus, cause directe de la mort.

Dans les observations I, II, VI et XI, il s'agit de maladies *infectieuses :* suppurations, tuberculose avec poussée aiguë et syphilis. On pourrait ici peut-être attribuer l'augmentation de poids à la condensation des parenchymes, à la *prolifération ou à l'imbibition inflammatoire* des éléments conjonctifs, au développement des *nodules infectieux*, tuberculeux ou syphilitiques. Cette hypothèse paraît surtout plausible dans l'observation I où n'existait pas d'œdème et où l'ascension de la courbe correspond absolument à l'époque présumée de la poussée terminale de granulie qui a enlevé le petit malade.

Mais dans l'observation VII l'autopsie n'a révélé, ainsi que cela est si fréquent chez le jeune enfant, aucune cause de mort suffisante. Dans les observations III, IV, X, XI, il n'existait

que des *lésions hépatiques* qui, dans un certain nombre de cas, s'étaient cliniquement révélées par l'apparition d'un ictère plus ou moins intense, mais qui, chez les enfants IX et X, n'avait donné lieu qu'à des selles mal digérées.

Dans tous ces cas, le foie était gros et pâle avec distension énorme des cellules hépatiques par de la graisse. Peut-être cette lésion hépatique est-elle suffisante pour expliquer l'ascension de 50 à 100 grammes constatée dans ces observations. La mort serait alors déterminée, ici, par des toxines excrétées ou non détruites par cette glande malade.

Mais nous nous réservons de revenir ultérieurement sur ce sujet. Nous plaçant au point de vue purement *clinique*, nous voulions simplement attirer l'attention sur la marche paradoxale que peut affecter, parfois, la courbe du poids chez les nouveau-nés, et montrer que, dans certaines circonstances encore mal déterminées, avec ou *sans* œdème concomitant, surtout en suite du développement de nodules inflammatoires, parfois en cas de surcharge graisseuse du foie, *une augmentation de poids succédant, sans amélioration de l'état général, à une chute de poids ou à un poids stationnaire peut*, contrairement à ce que l'on dit, *être le signe avant-coureur d'une mort prochaine et généralement rapide, sinon subite.*

REVUE CLINIQUE

UTÉRUS DOUBLE ET VAGIN CLOISONNÉ

Par le Dr **H. Morestin**,
Chirurgien des hôpitaux.

L'utérus et le vagin résultent de la fusion des deux canaux de Muller. Ce sont des organes primitivement doubles. Ce mode de développement fournit une explication très aisée et très simple de tout un groupe d'anomalies.

Si la réunion des conduits de Muller s'effectue d'une manière imparfaite, il subsistera un cloisonnement longitudinal qui divisera plus ou moins complètement l'utérus ou le vagin. Il peut même arriver que la séparation soit complète entre les deux moitiés de l'appareil utéro-vaginal, et qu'il existe deux utérus distincts, auxquels aboutissent deux vagins juxtaposés. C'est cette disposition, très rare sous une forme aussi complète, que je viens d'observer.

On peut voir sur la figure ci-jointe (fig. 1), la repro-



Fig. 1.

duction exacte d'une pièce recueillie récemment à l'hôpital Necker. Elle provient d'une malade entrée le 10 mai 1898, salle Lenoir, 24, pour des accidents péritonéaux, dont nous avons pu établir l'origine pelvienne. Au bout de quelques jours nous n'avions plus de doute sur l'existence d'une collection péritonéale. Celle-ci siégeant dans la région sous-ombilicale, je donnai issue au pus par la laparotomie.

L'incision sus-pubienne, pratiquée le 20 mai, donna issue à

deux litres aux moins d'un pus très fétide. Le foyer de cette collection fut lavé avec soin et drainé. L'exploration de cette poche ne permit pas de sentir avec netteté ni l'utérus ni les annexes, qui paraissaient comme voilés par les adhérences et les fausses membranes.

Une amélioration considérable suivit l'intervention, mais au 3e jour la température, qui était descendue à la normale, s'éleva de nouveau. En quelques heures la situation changea complètement, le pouls baissa, des vomissements survinrent et la malade succomba le 24.

A l'*autopsie* on trouva des lésions de péritonite généralisée, comme nous les supposions d'après les phénomènes observés pendant les dernières vingt-quatre heures. La dissection de l'appareil génital fut faite avec soin, car pendant la vie, on avait reconnu l'existence d'un vagin double. Nous avons constaté qu'il existait une duplicité complète de la matrice.

Les deux utérus présentaient des cavités complètement distinctes et ils adhéraient seulement entre eux par une partie de leurs cols. A chacun de ces utérus aboutissait un vagin particulier. Les deux vagins, rigoureusement semblables, étaient juxtaposés comme les canons d'un fusil double. La cloison de séparation descendait jusqu'à la vulve, et se terminait là au-dessus des débris de l'hymen par une sorte d'éperon Au fond de chacun des vagins faisait saillie le col de l'utérus correspondant, petit col légèrement aplati d'avant en arrière et pourvu d'un orifice en forme de fente transversale. Chaque utérus présentait dans son ensemble la forme d'un croissant. Le corps et le col étaient séparés par un isthme fort rétréci, au-dessous duquel les deux cols adhéraient l'un à l'autre par leur portion sus-vaginale. Les deux corps, de forme arrondie, étaient reliés par une mince membrane péritonéale allant de l'un à l'autre dans la moitié de leur hauteur. Chacun de ces utérus présentait une cavité en sablier, formée de deux parties fusiformes, l'une occupant le corps, l'autre le col. A chaque utérus étaient appendus un ovaire et une trompe. Les deux trompes étaient le siège de salpingites déjà anciennes, qui les avaient déformées

et distendues. Celle de gauche était oblitérée au niveau de son extrémité libre. Celle de droite, très adhérente, contenait du pus, et communiquait avec le foyer de péritonite qui avait été ouvert lors de l'opération. Elle avait été visiblement le point de départ de la péritonite.

De pareilles malformations utérines ne s'opposent pas abso-

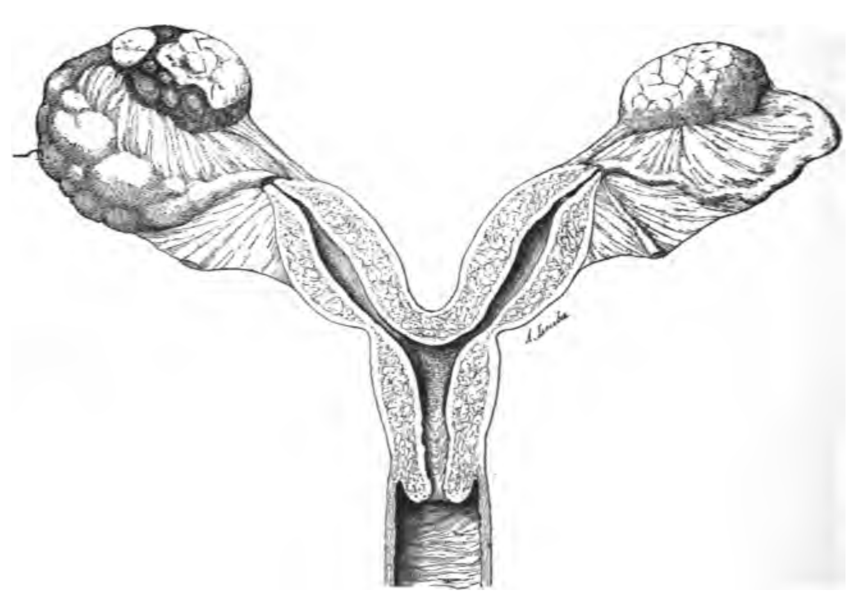


Fig. 2.

lument à la conception et à la grossesse. Cette femme avait été mariée, et n'avait jamais eu ni grossesse, ni fausse couche. D'ailleurs elle paraissait ignorer sa difformité.

A propos de ce cas, j'en citerai encore un autre où la division ne portait que sur le corps utérin. Il y avait un seul vagin, un seul col, mais le corps était double, comme le montre le dessin ci-contre (fig. 2), pris au moment où j'ai recueilli la pièce. C'était une simple trouvaille d'autopsie, la malade ayant succombé à une affection n'ayant aucun rapport avec l'appareil utérin.

REVUE GÉNÉRALE

I. UNE ÉPIDÉMIE DE MASTITES (HERMANN W. FREUND)
II. OPÉRATION CÉSARIENNE ET GONORRHÉE (HECKING).
III. LE DIAGNOSTIC DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME (BRŒSE et SCHILLER).

I

Épidémie de mastites (1)

Certes, on n'est pas arrivé, malgré les progrès considérables réalisés dans la prophylaxie, à supprimer complètement les suppurations de la glande mammaire chez la femme qui nourrit. Soins défectueux, insuffisants en certains cas, ignorance des sources possibles de contamination dans d'autres, etc. Toutefois, ce qui est devenu tout à fait exceptionnel, c'est le développement d'une épidémie de mastite dans un établissement où sont réunies des femmes accouchées. Aussi, Freund qui a eu, nous ne dirons pas l'heureuse fortune, mais l'occasion d'en observer une, l'a-t-il jugée digne, par sa rareté et par les renseignements qu'elle renferme, d'une publication *in extenso*. Il met en relief d'ailleurs cette circonstance explicative que l'épidémie s'est développée dans une maison d'accouchements où, en vertu d'une ancienne coutume toujours en vigueur, on apporte des nourrissons appartenant à des mères qui ont dû cesser d'allaiter et qui sont soignées dans d'autres établissements hospitaliers. Voici d'abord les faits observés :

OBS. 1. — 21 ans, forte, primipare, admise dans la maison d'accouchements trois mois déjà avant le terme ; accouchement le 19 avril 1896. Bassin plat rachitique ; présentation de la face avec le menton dirigé en arrière. Transformation en présentation de l'occiput, puis accouchement spontané d'un enfant du sexe féminin, vivant, à terme. Suites

(1) FREUND. *Zeitsch. f. Geb. u. Gynæk.*, Bd XXXVI, Hft 3, p. 473.

de couches régulières, normales, jusqu'au dixième jour (Temp. maxima 37°,2). Le dixième jour, fièvre, pas de frissons, 38°,5. Sur les mamelons, mal développés, des seins hypertrophiés, petites érosions. Désinfection au phénol puis application de lanoline ichtyolée, suspension des seins, purgatif. Dès le jour suivant, les érosions étaient guéries, et la fièvre avait disparu après des sueurs abondantes, au point que la femme put être renvoyée guérie après deux jours. Mais quatre jours plus tard, elle revenait, de nouveau fébricitante (39°,3) et accusant de vives douleurs dans le sein gauche. La mamelle était tuméfiée, douloureuse, le siège d'une rougeur inflammatoire, mais on n'y constatait ni érosions, ni noyaux, ni fluctuation. Application de glace, bandage compressif, purgatif, interruption de l'allaitement, ne purent empêcher la suppuration. La femme fut transportée dans un service de chirurgie où l'on ouvrit un large abcès. Guérison en 3 semaines.

Obs. 2. — Deux jours après la réadmission de la femme de l'observation qui précède, une jeune femme de 19 ans, accouchée pour la première fois depuis trois jours, commença à avoir de la fièvre. Il faut noter que celle-ci était séparée de la première par toute la longueur de la salle et qu'il ne se produisit aucun contact médiat ou immédiat entre les accouchées. Dans la nuit du troisième au quatrième jour, cette femme, non nerveuse et jusque-là tranquille, fut très agitée; on attribua ces troubles à ce que ses seins, exceptionnellement gros et pendants, étaient tout à fait gorgés de lait, ce qui causait de la tension et des élancements.

Les mamelons, remarquablement courts et peu développés, étaient d'ailleurs intacts. Je vis la malade le matin à 8 heures. Température 37°,8, abdomen dans des conditions normales. A 11 heures du matin, frisson d'une intensité exceptionnelle qui, lorsque je vis la malade 12 heures après, n'était pas encore terminé. Pouls très fréquent, régulier. Phénomène le plus remarquable, à intervalles de 5 ou 10 minutes, se produisaient des accès convulsifs spéciaux, précédés d'une plainte qui, comme la rougeur intense du visage, paraissait exprimer plus d'angoisse que de douleur ; dans l'ensemble, les mouvements exécutés par les membres rappelaient ce qu'on observe dans les attaques légères de tétanos. Conscience partiellement atteinte. Durant les accès et après, la malade faisait des réponses courtes, entrecoupées. On compta dix accès. On dut rejeter la première impression qu'il s'agissait d'hystérie. Le frisson, la fièvre élevée, l'atteinte de l'intelligence, militaient contre. D'autre part, la femme, qui était dans l'établissement depuis sept semaines, s'était toujours montrée

comme une personne tranquille, non névropathe. Il ne s'agissait pas non plus d'éclampsie, dont tous les symptômes manquaient ; de plus, les urines n'étaient pas albumineuses; non plus de délire causé par l'anémie ou la fièvre ; on avait plutôt l'impression d'un état sous la dépendance d'une infection ou d'une intoxication. *Traitement :* hydrate de chloral, 2 grammes par le rectum, vessie de glace sur la tête. Jusqu'à 5 heures et demie du soir, plus d'accès. Dans la soirée, les accès se reproduisirent mais sans frisson initial, durant à peine une minute et disparurent au bout d'un quart d'heure. Après les crises, la malade redevenait très apathique et paraissait très malade. Temp. 38°,5 ; P. 108.

L'examen des organes génitaux ne révéla que des conditions normales. D'ailleurs le matin, la malade, sur la question si elle ressentait des douleurs, avait indiqué ses seins. Et ces organes déjà, à ce moment, présentaient un aspect particulier. Ils étaient le siège d'une rougeur assez régulière, scarlatiniforme, plus foncée vers le mamelon, pâlissant vers le sternum. La rougeur ne disparaissait pas totalement sous la pression digitale. Pression très douloureuse non seulement au contact superficiel de la glande, mais bien plus quand on pressait les parties profondes de la peau entre deux doigts ; donc les couches aussi bien profondes que superficielles de la peau étaient affectées. Le corps glandulaire participait aussi à cet état, car il était tendu et dur, bien qu'on n'y trouvât pas de noyaux comme dans l'engorgement laiteux ordinaire. Le lait obtenu par pression était des deux côtés abondant et d'aspect normal. *L'enfant fut mis au sein deux fois encore après l'apparition des accidents.*

Il ne s'agissait pas d'un érythème ordinaire puisque les couches profondes de la peau étaient affectées, non plus d'un érysipèle puisque la tendance à l'extension, à la formation de vésicules, faisait défaut.

De même que les symptômes généraux, cet état local faisait penser à un processus infectieux grave, comparable surtout à la soi-disant scarlatine des accouchées, mais qui s'était cantonné dans la région du sein. Application de glace sur le sein et compression ; l'enfant ne fut plus mis au sein. La sécrétion lactée tarit très rapidement.

Le cinquième jour des suites de couches la femme, quoique abattue, donnait pourtant une impression générale meilleure : elle n'avait pas le souvenir net des accès convulsifs. T. le matin 38°,5, le soir 39°,1 ; P. 112. Organes génitaux tout à fait normaux; seins, le siège d'un érythème scarlatiniforme, durs et douloureux. Le sixième jour, T. 38°,6-

39°,5 ; même état, septième jour. Nuit très agitée ; douleurs lancinantes dans le sein gauche. T. 40°,2. P. 152. Dans la journée, vive agitation nerveuse heureusement améliorée par 1 gramme d'antipyrine ; au niveau des seins, mêmes symptômes. Un second gramme d'antipyrine amène le sommeil, nuit bonne.

Huitième jour. La malade se sent bien. T. matin, 37°,4 ; Soir, 38°,3 ; P. 88. Sein gauche dans le même état ; le droit moins rouge.

Neuvième jour. L'état de bien-être persiste ; T. 37°,3-38°,3 ; P. 88. Seins dans le même état.

Dixième jour. Même état. T. 37°,3 — 38°,3.

Onzième jour. *Id.* T. 37°,3 — 38°,5.

On maintient presque constamment de la glace sur les seins.

Douzième jour. T. matin, 38°,6 ; P. 112. Rougeur, dureté, sensibilité des seins ont de nouveau beaucoup augmenté. Et cependant, pas de zone mammaire proéminente, pas de fluctuation, il s'agit sans doute d'une phlegmasie profonde. Cataplasmes, qui provoquent quelques vésicules cutanées ; l'après-midi, 39°,2.

La malade est transférée dans un service de chirurgie. Le professeur Madelung reconnaît qu'il s'agit d'une variété atypique de mastite et d'abord, pense à un érysipèle. Mais dès le lendemain, il constatait de la fluctuation au-dessous du mamelon gauche. Incision et ouverture d'un large abcès après narcose ; dix jours après, même intervention sur le sein droit.

Obs. 3. — Quatre jours après l'apparition du frisson chez cette malade de l'observation 2, une accouchée (Ipare), couchée auprès d'elle, et arrivée au neuvième jour des suites de couches, accusa des sensation de froid sans présenter de frisson net. L'accouchement prolongé, en raison d'un bassin généralement rétréci, avait été terminé par une application de forceps au détroit inférieur ; déchirure du périnée, suturée au catgut : guérison. Suites de couches normales durant huit jours. Le soir du neuvième jour, 38°,7 ; P. 100. Abattement, tête lourde, douleurs dans le sein droit. Le sein devint dur, tendu, le siège d'une rougeur scarlatiniforme, sensible dans toutes ses couches. Les seins étaient d'ailleurs bien développés, largement pourvus de tissu glandulaire. Mais bien que les mamelons fussent heureusement formés, parfaitement intacts, on ne put mettre le baby au sein que 3 fois encore, parce que la sensibilité de la glande avait augmenté et que du reste le lait disparaissait rapidement. Pas la moindre condition anormale du côté des organes génitaux. Nuit d'insomnie : le lendemain, T. 38°,3-38°,8.

Les onzième, douzième et treizième jours des suites de couches, pas de changement. A ce moment, le sein malade présenta une rougeur inflammatoire au-dessous du mamelon avec une température oscillant du matin au soir de 36°,3-36°,9 à 38°,5; il se développa un abcès qui fut ouvert largement dans un service de chirurgie. Guérison.

Obs. 4. — Au moment où la mastite chez la femme de l'observation 3 était nettement constatable, une femme de 29 ans, phtisique, accouchait pour la première fois dans l'établissement. Issue de parents tuberculeux, elle présentait des cicatrices vers l'angle des mâchoires et des signes d'induration des sommets des poumons. Déjà, au moment de son admission, on constatait une inflammation nette dans la portion inférieure de son sein droit (T. 37°,6); le sein, à large base, présente une zone, large comme une paume de main, rouge, douloureuse et chaude. Au niveau des mamelons bien formés, pas d'érosions; les 3 premiers jours des suites de couches, apyrétiques; le soir du quatrième jour, T. 39°, sans frisson. Zone génitale normale. Développement rapide, associé à une plus grande fièvre, d'un abcès qui fut ouvert en chirurgie.

Obs. 5. — Une autre femme primipare, de 22 ans, accouchée en même temps que cette dernière, et chez laquelle on avait dû suturer par 6 sutures métalliques le périnée déchiré, devient malade le septième jour seulement des suites de couches, sans frisson, fièvre 39°,5. Une exsudation grisâtre sur la plaie d'ailleurs bien réunie du périnée, disparut en 24 heures consécutivement à des applications d'eau blanche et phéniquée. Mais, déjà dès le soir de l'indisposition, on pouvait constater au sein gauche, ces phénomènes, alors bien connus de nous : rougeur scarlatineuse, sensibilité et induration observés dans les cas 2 et 3. Traitements antiphlogistique et antiseptique restèrent inefficaces. L'allaitement était si douloureux qu'il dut être immédiatement supprimé. Le matin du huitième jour, fièvre à 38°,1 ; d'autre part, aux douleurs mammaires s'étaient ajoutées des douleurs lancinantes dans le ventre, des accidents d'ischurie, causés par une rétroflexion puerpérale, sans aucune autre complication dans la zone génitale, et qui disparurent définitivement à la suite du redressement de l'utérus. Suppuration, malgré tous les moyens mis en œuvre, du sein malade et incision.

Obs. 6. — L'unique accouchée parmi celles qui occupaient les 6 lits de la salle, restée épargnée, une forte femme de 20 ans, accouchée pour la première fois spontanément, qui avait eu des suites de couches nor-

males, et qui s'était levée le neuvième jour, devait être renvoyée, quand elle accusa des douleurs au niveau du mamelon du sein gauche. Les seins étaient grands et pleins de lait, les mamelons bien développés sans rhagades, pas de rougeur, pas d'induration, pas de noyaux. Par contre, au niveau de l'aréole gauche fortement pigmentée, 2 petits nodules jaunâtres, gros comme des grains de chanvre. Après désinfection soigneuse de la région correspondante, ponction avec la seringue de Pravaz bien désinfectée. Évacuation d'un liquide nettement purulent, fluide, trouble, *qu'on ensemença immédiatement sur de l'agar*. Pansement antiseptique ; guérison des 2 points en 2 jours. La femme put de nouveau allaiter et resta définitivement guérie (put être suivie pendant 14 jours).

Voici les considérations qu'a suggérées à l'auteur l'observation à si bref intervalle de ces six cas : « Ainsi, en 17 jours, toutes les accouchées occupant les six lits d'une salle ont eu des inflammations graves des seins; 5 de ces femmes durent être transférées dans un service de chirurgie, la sixième fut traitée par ponction des foyers suppurés; toutes guérirent. Il est non douteux qu'on s'est trouvé en présence d'une *épidémie de mastites*. Le pire c'est qu'on n'entrevoyait rien de clair, ni dans son origine, ni dans sa nature, ni dans son mode de propagation. Sans doute, la première idée qui se présentait c'était de tenir pour l'agent de la contagion la première personne reçue avec un abcès commençant. Mais, comment comprendre qu'un sein enflammé, qui n'avait point suppuré et sur lequel les fissures, les érosions étaient cicatrisées, avait pu produire la contamination des seins d'autres personnes en l'absence de contact ? Les deux premières accouchées malades étaient séparées par toute l'étendue de la salle ; d'autre part, chaque accouchée a deux élèves sages-femmes qui la soignent exclusivement ; pas de vases de toilette communs, etc. On ne pouvait non plus accepter l'idée de la contamination par l'air dans le cas d'un foyer non suppuré, non ouvert. » C'est *l'examen bactériologique* (1) qui dissipa ces obscurités. Il me mit sur la voie

(1) Examen fait au laboratoire de clinique médicale par Naunyn.

d'une faute grossière commise par une élève sage-femme et permit de limiter l'épidémie.

Dans le 1er cas le pus ne fut pas examiné, parce que le cas paraissait banal et qu'il n'y avait pas eu d'autres malades. Dans le second, au contraire, cet examen révéla dans le pus mammaire, indépendamment du staphylocoque pyogenes albus, un champignon qui fut tenu pour le micrococcus tetragenus. Cette bactérie se développe à côté d'autres champignons dans la bouche, tout particulièrement dans la cavité buccale malade; son action comme facteur de mastite à côté du streptocoque a été d'ailleurs mise en évidence par Monnier (1). Ce résultat bactériologique me conduisit à inspecter minutieusement la bouche des nourrissons. J'appris alors, grâce à une enquête soigneuse et d'après le récit de l'accouchée 2, ceci : le soir qui précéda la maladie de cette accouchée, on avait porté dans l'établissement un nourrisson dont la mère, malade, était soignée dans un service médical. L'enfant, en apparence bien portant, traduisit la nuit sa soif par des cris vigoureux. L'accouchée 2 qui regorgeait de lait offrit à l'élève sage-femme de donner aussi le sein à cet enfant, ce qui fut fait. Le baby puisa largement aux deux seins. Dès le jour suivant, il fut soumis à l'allaitement artificiel. Dix à onze heures après, la nourrice volontaire devenait malade et présentait successivement les accidents détaillés plus haut : frissons, fièvre, convulsions.

Or, dès le lendemain de son entrée, nous constations que le nourrisson étranger était atteint d'une stomatite aphteuse, exceptionnellement développée, et étendue à la muqueuse des joues et des lèvres. De plus, sur les joues, sur les lèvres, sur les bords des gencives, on apercevait des ulcérations des dimensions d'un pois à celles d'un haricot, à fond jaunâtre et lardacé; la muqueuse malade était très rouge, tuméfiée et sécrétait abondamment. Pas de fétidité de la bouche.

A ce moment, la faute commise était ignorée. La guérison de la stomatite se fit très lentement, au point que 8 jours plus

(1) Th. Paris, 1891.

tard, quand le m. tetragenus fut trouvé dans le pus mammaire, il y avait encore dans la cavité buccale du nourrisson assez de matière exsudée pour la soumettre à un examen bactériologique.

Indépendamment du leptothrix, on y trouva des streptocoques et surtout du staphylocoque pyogenes albus. Une souris inoculée avec cette culture mourut au bout de 2 jours, et dans ses organes on ne trouva que du staphylocoque pyogenes albus, en culture pure. De même les cultures faites avec le pus mammaire ne donnèrent pas du m. tetragenus, mais exclusivement du staphylocoque pyogenes albus, en pure culture aussi. Une souris inoculée mourut le troisième jour.

Ainsi, *les mamelles saines d'une accouchée bien portante, avaient été affectées d'une infection aiguë du fait de l'allaitement d'un nourrisson atteint d'une affection aphteuse grave et qui, dans sa cavité buccale, portait en particulier des staphylocoques nombreux.*

Mais les effets de cette infection ne s'arrêtèrent pas là. L'enfant de l'accouchée 2 qui, ainsi qu'il a été noté, avait été remis au sein encore 2 fois après l'apparition du frisson, fut, à son tour, atteint d'aphtes, affection qu'on n'avait pas observée dans l'établissement depuis plusieurs années. L'extension de l'épidémie se fit comme suit : l'infection s'opéra de l'accouchée 2 à l'accouchée 3, bien qu'un contact entre les deux femmes soit peu probable. Aussi, doit-on admettre, comme pour d'autres processus infectieux, une transmission par l'air, et d'autant plus qu'ici l'infection avait évidemment affecté, chez ces deux femmes, le tégument des seins. De même chez l'accouchée 3, il n'existait pas traces d'érosions, de fissures au niveau des seins, les germes pénétrèrent directement dans les canaux galactophores et dans les orifices cutanés. Sauf l'intensité, les symptômes furent analogues à ceux du cas 2. L'effet de l'infection bacillaire fut dans les 2 cas le même : suppuration du sein en dépit des moyens thérapeutiques, *et ce qui mérite d'être de nouveau mis en relief :* INFECTION SECONDAIRE DE LA BOUCHE DU NOURRISSON. En effet, 4 jours après, il présenta des ulcéra-

tions aphteuses multiples sur la muqueuse des joues et des gencives. Dans le pus mammaire, on trouva à nouveau du staphylocoque pyogenes albus. Une souris mourut après 4 jours.

L'infection frappa ensuite l'accouchée 5, atteinte de crevasses du sein. Les symptômes furent identiques à ceux des accouchées 2 et 3. De plus, *son enfant présenta aussi une stomatite aphteuse légère*. Dans le pus du sein, l'examen bactériologique ne décela que du staphylocoque albus. Une souris inoculée mourut après 5 jours. En ce qui concerne l'accouchée 6 et son enfant, on aurait pu se demander lequel des deux avait été le premier malade; car, c'est le même jour qu'on constata sur la muqueuse buccale de l'enfant des foyers blanchâtres et au niveau du mamelon du sein de la mère les deux petits nodules décrits plus haut. Toutefois, comme des 20 enfants qui se trouvaient en même temps dans l'établissement, pas un autre n'avait d'aphtes, la logique inférait que la mère avait dû être la première malade. Le caractère distinctif de ce cas, c'est que la peau du sein maternel resta indemne; mais, ici encore, l'examen bactériologique du pus obtenu par ponction et cultivé dans du bouillon, mit en évidence le pyogenes albus. Une souris inoculée mourut après 10 jours.

En ce qui concerne les cas 4 et 1, Freund les considère comme étrangers à cette épidémie. L'accouchée 4 était à la maison d'accouchements, atteinte d'une mastite acquise déjà au cours de la grossesse. Quant à l'accouchée 1 qu'*à priori* on eût fait le bouc émissaire de l'épidémie, l'observation et les constatations ultérieures amenèrent à l'innocenter complètement. Il est probable que sa mastite tint à des conditions générales spéciales, sous l'influence desquelles on eut à observer, à la même époque, de nombreux cas de mastite à Strasbourg.

*
* *

Telles sont les particularités essentielles de cette épidémie. L'auteur revient ensuite sur certains points intéressants : *a*) la rapidité et la violence de l'infection chez l'accouchée 2, éclo-

sion des accidents 10 heures après la mise au sein de l'enfant infectant; *b*) la pénétration directe des germes infectieux dans les canaux excréteurs des glandes cutanées et dans les canaux galactophores; on sait que Budin a signalé, il y a plusieurs années déjà, cette pénétration directe, dans son travail sur la galactophoro-mastite (1) ; *c*) la transmision d'une mastite à caractères phlegmoneux sans contact apparent; *d*) le passage de l'infection du sein maternel à la cavité buccale du nourrisson, fait signalé par plusieurs auteurs, par Budin en particulier ainsi que le note Freund; *e*) l'absence au cours de cette épidémie de complications puerpérales du côté des organes génitaux, malgré la virulence du staphylocoque albus constaté dans le pus mammaire, et la propagation probable dans cette épidémie de cet agent infectant par l'air. A ce sujet, l'auteur pense que la proscription dans l'établissement des soins complexes, des irrigations vaginales, etc., a été peut-être la condition capitale de cette absence de complications puerpérales.

Il note également combien, dans des circonstances semblables, il est essentiel de rechercher la cause de l'infection, notion à défaut de laquelle on risque, par exagération même des moyens thérapeutiques, de multiplier les effets de la contagion.

Il s'occupe ensuite des soins dont il importe d'entourer les seins et note qu'il faut, dès le jeune âge, éviter de compromettre ces organes par des compressions excessives. Il marque ensuite la disposition spéciale que présentent à ces accidents, à l'occasion de l'allaitement, les seins particulièrement gros et pendants et conseille de prévenir les effets de cette condition défectueuse par l'élévation des mamelles. Il traite ensuite cette question : faut-il, oui ou non, laisser une accouchée, sous le coup d'une mastite imminente, même quand la fièvre s'est déjà déclarée, allaiter encore son enfant ? Son opinion est loin d'être aussi radicale que celle de Schrœder qui conseillait de ne plus mettre le nourrisson au sein dès les vingt-quatre heures qui suivent le frisson. Tout en reconnaissant l'influence très heureuse de cette

---

(1) *De la galoctophoro-mastite.* Leçons de clinique obstétricale, 1889, p. 439.

interruption rapide de l'allaitement sur l'évolution de la mastite, il est d'avis qu'on peut, dans beaucoup de cas où l'inflammation mammaire n'est pas particulièrement vive, voir les accidents rétrocéder tout en conservant les bénéfices de la continuation de l'allaitement. Par contre, dans les cas d'attaque de mastite grave, il faut immédiatement interrompre l'allaitement.

Les soins à donner aux seins sont : a) prophylactiques et *b*) curatifs. Les premiers consistent à entretenir la propreté rigoureuse des seins, des mamelons et à fortifier ceux-ci ; *c*) si malgré les soins prophylactiques, des fissures, des érosions se produisent, on peut avantageusement traiter ces lésions avec la lanoline ichtyolée, l'ichtyol possédant une action anesthésique et siccative réelle ; enfin, pour prévenir la pénétration directe possible des germes infectieux dans les conduits galactophores et les autres canaux cutanés, le moyen le plus efficace serait l'application permanente de compresses imbibées de solutions de sublimé à 5 p.1000 ou à 2 p.1000 *avec la précaution indispensable de laver soigneusement les seins avant chaque tétée.*

Conclusions de l'auteur : 1) Il existe une forme de mastite phlegmoneuse qui peut prendre le caractère épidémique.

2) Les germes infectieux (dans les cas précédents, le staphylococcus pyogenes albus) peuvent, probablement transportés par l'air, pénétrer dans la mamelle saine.

3) La maladie peut être causée par des affections de la cavité buccale des nourrissons.

4) L'infection secondaire de la cavité buccale du nourrisson par le sein maternal malade est un fait acquis.

5) Dans le cas de suppuration imminente, et comme moyen prophylactique, recourir aux applications de sublimé (sublimat Priessnitz). R. LABUSQUIÈRE.

II

Opération césarienne et gonorrhée (1)

Dans leur mémoire « *Sur cent opérations césariennes* », Léopold et Haake écrivent, à propos des conditions requises

(1) HECKING. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd LVI, Heft 1, p. 129.

pour l'exécution de la césarienne conservatrice : « Surtout, on ne saurait assez vivement recommander de s'abstenir de l'opération césarienne conservatrice toutes les fois qu'il existe une infection gonorrhéique aiguë ou latente. Cette infection exerce sur les suites de couches une influence si défavorable qu'il y a devoir impérieux à s'efforcer d'établir si, oui ou non, elle existe (examen non seulement des sécrétions urethro-vaginales mais également du col). Dans le cas d'examen positif, mieux vaut procéder à l'opération de Porro et même, dans certains cas, à la perforation » (1). Et, à l'appui de cette proposition, dans le même numéro du journal où les auteurs précédents ont publié leur travail, Hecking, ex-médecin assistant à la clinique de Dresde, service du professeur Leopold, publie l'observation suivante que nous reproduisons à cause de sa rareté.

Obs. — M... 23 ans, entre à l'hôpital le 12 octobre 1897, dans la soirée. Elle a des douleurs depuis 1 heure de l'après-midi, poche des eaux conservée. 2 accouchements antérieurs : le premier, le 1er juin 1893, perforation de l'enfant vivant après tentatives infructueuses de version, poids de l'enfant 2.200 gr. (sans la matière cérébrale et le sang); second accouchement, le 7 novembre 1894, version et extraction d'un enfant vivant du poids de 2.[illegible] grammes mais qui mourut après quelques heures. Grossesse actuelle : dernières règles, commencement de janvier, donc à terme. Examen : taille 1 mètre 37, squelette et musculature d'un développement médiocre. Incurvation rachitique des fémurs; chapelet costal rachitique, etc., etc. Bassin. Diam. des épines [illegible] centim., des crêtes [illegible] centim. et demi, bitrochantérien [illegible] cent. et demi, conj. externe 16, conj. diagonal [illegible], conj. vraie [illegible].

Bassin plat rachitique, généralement rétréci. Orifice [illegible] et vagin larges. Col effacé. La poche des eaux bombe fortement. Tête [illegible] au détroit supérieur, un peu à gauche, mobile.

13 octobre, 1 h. [illegible] de l'après-midi, [illegible] du bassin. La poche des eaux se rompt et il s'écoule une assez grande quantité de liquide amniotique clair. Orifice externe complètement dilaté. Un segment de la tête [illegible] la grande [illegible] à l'entrée du détroit supérieur. Comme il n'y a pas de progrès, on [illegible] l'o-

1. [illegible], juin [illegible], p. [illegible].

tenir son engagement en utilisant la position de Walcher. Dans ce décubitus particulier, on trouve 9 centim. et demi pour le conj. diagonal au lieu de 9. Surveillance minutieuse des battements du cœur fœtal.

A 4 heures du matin, cessation du décubitus de Walcher qui n'a pas amené le résultat désiré. 4 h. 30, anneau de contraction accentué, deux à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. 5 heures et 5 h. 30, doubles battements fœtaux réguliers, 140 par minute. 5 h. 45, tête mobile, anneau de contraction, trois travers de doigt au-dessous du nombril.

Utérus contracté tétaniquement, douloureux à la pression. Bruits du cœur réguliers. 7 h. 25 : Tête fœtale, fortement pressée à l'entrée du bassin pendant les contractions, suture sagittale transversale, plus rapprochée de la symphyse que du promontoire, grosse fontanelle à droite. Présentation du pariétal postérieur, doubles battements fœtaux réguliers. En raison des conditions existantes, — bassin très étroit, non engagement de la tête malgré des douleurs énergiques et de l'essai, pendant 2 heures et demie, de la position de Walcher, présentation du pariétal postérieur, et invraisemblance d'un accouchement spontané, — on pratique la césarienne conservatrice. Enfant long de 52 centim., du poids de 3,320 grammes, en état d'asphyxie, mais qu'on réussit à bien ranimer.

Suites de couches. — 14 octobre. État général bon. Pouls régulier et fort. T. le soir, 38°.

Le 15. Sommeil bon, pas de malaises subjectifs.

Le 16. Quelques flatuosités peu douloureuses. A la pression, légère sensibilité du ventre à droite et à gauche. Coloration jaune du visage. Le soir, soif. T. jusqu'à 39°,2, application de glace sur le ventre.

Le 17. P. bon et fort. Élévation thermique. Pas de douleur, pas de météorisme. Utérus bien contracté, le fond à une largeur de main au-dessus de la symphyse. Appétit bon.

Le 18. Les lochies jusqu'alors normales dégagent un peu de fétidité. Le ventre, au-dessous de l'ombilic, est un peu météorisé ; état général bon. Le soir, T. 38°, 9. P. 144. Vessie de glace.

Le 19. Météorisme sous-ombilical disparu. Sensibilité abdominale à la pression à droite et à gauche ; état subjectif bon.

Le 20. Enlèvement des sutures superficielles de la paroi abdominale ; dans le tiers inférieur de l'incision, on constate de la suppuration dans le trajet des fils. Pansement avec emplâtre au dermatol. Vessie de glace.

Les petites lèvres sont fortement œdémateuses, les lochies très fétides.

Le 21. En changeant le pansement, on enlève quelques sutures profondes. Appétit, état général bon, pas de douleurs.

Le 22. Les pièces du pansement sont imprégnées de pus verdâtre. En palpant soigneusement l'utérus, on constate qu'il est intimement uni à la paroi abdominale. D'autre part, en pressant prudemment sur le fond et sur les côtés de la matrice, on fait s'écouler du pus par la plaie, au-dessus de l'ombilic. Un drain est placé à ce niveau et la plaie réunie. Le ventre est un peu sensible à la pression, les lochies sont très fétides. Sur une préparation faite avec de la matière sécrétée au niveau de la plaie abdominale, on voit de nombreux staphylocoques, des bactéries de la putréfaction et des *diplocoques extra et intra-cellulaires* qui, par leur mode de groupement, éveillent immédiatement l'idée que ce sont des *gonocoques*. De même, dans la sécrétion vaginale et uréthrale on trouve en grand nombre des cocci, diplocoques, bacilles courts, bâtonnets. Un nouvel examen du pus de la plaie abdominale, fait le 24 octobre, donna des corpuscules de pus, des filaments de fibrine, des diplocoques et des cocci.

Le 25. L'examen microscopique actuel confirme formellement l'idée de la *présence dans la sécrétion de la plaie abdominale* de staphylocoques et de *gonocoques* (décoloration par la méthode de Gram). Un examen du 2 novembre donna un résultat identique. Pus de l'abcès : *gonocoques ;* sécrétion de l'urèthre, streptocoques et *gonocoques.*

Le 26. Renouvellement du pansement. Suppuration diminuée. La région de la plaie abdominale est moins saillante. On place encore un tube à drainage dans l'ouverture supérieure. État de la femme le même : la coloration de la face est encore un peu jaunâtre. Appétit passable, langue peu chargée, pas de soif.

Le 27. Pas de changement dans l'état général, pas de douleurs. Les pièces du pansement sont un peu imprégnées de pus.

Le 28. Renouvellement du pansement. Les pièces du pansement sont peu imprégnées ; la pression fait sourdre de l'utérus une assez grande quantité de liquide suppuré. Pouls petit et mou.

Le 29. Coloration du visage moins jaune, appétit moyen. 30 octobre. Imprégnation faible du pansement. 2 novembre. Sécrétion très faible. 4 novembre. Nouveau bandage. Sécrétion faible. Ventre souple. Fond de l'utérus à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le ventre n'est plus sensible à la pression. Plus de germes pathogènes dans la sécrétion de la plaie abdominale.

6 novembre. Renouvellement du pansement. Raccourcissement du tube à drainage. Sécrétion faible.

Le 11. Les pièces du pansement sont de nouveau fortement traversées par les sécrétions. Environ 2 centim. au-dessous de l'ombilic, les bords de la plaie abdominale sont désunis et la pression de l'utérus fait écouler une petite quantité de pus. Le canal s'étend sous la peau vers l'orifice supérieur au-dessous de l'ombilic. Le ventre n'est pas sensible à la pression.

Le 20. La malade quitte le lit ; le 25 novembre, *exeat*. Coloration encore un peu jaunâtre. État général et appétit bons. Utérus adhérent à la paroi abdominale. De l'orifice du trajet suppuré antérieur s'écoule de temps en temps une minime quantité de matière suppurée. Les bords de la plaie sont le siège d'un processus de granulation de bonne nature avec tendance nette vers la guérison.

Ainsi, indépendamment des circonstances multiples (infection directe ou indirecte, hémorrhagies secondaires, iléus, paralysie intestinale, thromboses des veines pelviennes et des membres inférieurs, etc.), qui peuvent compromettre les résultats de l'opération césarienne, il faut maintenant compter avec l'influence néfaste sur les suites opératoires d'une gonorrhée existante. L'auteur pense que la marche du processus a dû être la suivante : outre l'uréthrite et la vaginite blennorrhagique, il devait y avoir cervicite catarrhale gonorrhéique, sinon endométrite gonorhéique ancienne, endométrite arrêtée par la grossesse. Après l'accouchement, la caduque étant libre, les gonocoques durent reprendre leur activité sur la muqueuse cruentée ; puis, à travers les trajets des sutures, ils auraient gagné la plaie abdominale, produisant à ce niveau un foyer inflammatoire qui, à son tour, suivant les trajets des sutures de la paroi abdominale, aurait abouti à la formation de l'abcès de cette paroi.

R. LABUSQUIÈRE.

III

Le diagnostic de la blennorrhagie chez la femme (1).

En 1889, parut un travail de Sänger sur ce sujet, travail dans lequel cet auteur insistait surtout sur le diagnostic clinique pur, laissant au second plan le diagnostic bactériologique. Quelques années plus tard (1893), Brœse dans un article sur le même sujet se prononçait encore plus que Sänger en faveur de la clinique et montrait toute l'insuffisance de la seule bactériologie.

Peu après, Neisser fit une réponse à cet article de Brœse (1893), dans laquelle il déclarait que « seule la présence bactériologique- « ment constatée du gonocoque pouvait donner une certitude « clinique et que celui qui ne l'employait pas, commettait une « faute grave ».

Aujourd'hui, Brœse et Schiller, ayant examiné 271 cas d'une façon complète, publient les résultats auxquels ils sont arrivés. Et par « d'une façon complète », ils entendent l'examen sérieux de plusieurs préparations faites avec les différentes sécrétions prises dans l'urèthre, dans les lacunes de Skene, les glandes de Bartholin, le vagin, le col, préparations qui doivent être multipliées jusqu'à 5 et 6 pour arriver à pouvoir tirer des conclusions d'un examen négatif.

Les auteurs ne se sont pas servis de la méthode des cultures pour leur diagnostic ; cette méthode est en effet bien peu pratique et d'ailleurs dans les cas difficiles (blennorrhagie chronique) elle ne donne pas de meilleurs résultats que les examens de lamelles.

Les auteurs insistent sur la façon de recueillir les sécrétions ; pour l'urèthre, ils recueillaient la sécrétion, après avoir soigneusement essuyé les grandes lèvres et l'orifice externe de l'urèthre avec un tampon bien sec ; on introduisait un doigt dans le vagin

(1) Zur Diagnose der Weiblichen Gonorrhoe, par BRŒSE et SCHILLER. *Berlin. kl. Wochenschrift*, 1898, n°s 26, 27, 28, 29.

et en comprimant l'urèthre depuis l'orifice interne jusqu'à l'orifice externe, on arrivait ainsi à obtenir suffisamment de liquide pour l'examen (la femme devait ne pas avoir uriné depuis trois ou quatre heures). Pour le vagin, ils se servaient d'un spéculum en verre et recueillaient les sécrétions avec l'aiguille de platine sans toucher au spéculum et en choisissant les endroits où ce dernier n'avait pas encore touché. De même on arrivait facilement à recueillir les sécrétions du col.

Les préparations faites avec les liquides ainsi recueillies étaient colorées par différents procédés; après en avoir essayé beaucoup, ils s'arrêtèrent presque définitivement à celle de Pick-Jacobson, dont la formule est :

Eau distillée..............................	20 c.c.m.
Ziehl....................................	15 gouttes
Solut. alcool. de bleu de méthyl..........	8 gouttes

On colore dix secondes avec ce mélange, on lave largement à l'eau; les gonocoques sont en bleu foncé, les autres bactéries bleues, les noyaux cellulaires en bleu très clair, le plasma, le mucus et les épithéliums roses. Cette méthode se recommande par sa simplicité et sa grande sûreté. Ils ont peu employé le Gram qui, dans les cas de blennorrhagie chronique où il n'y a que très peu de gonocoques, ne donne pas de résultats sûrs.

Maintenant, quels résultats donnèrent l'examen de ces préparations ainsi faites ?

Dans les cas de blennorrhagie aiguë, on trouve beaucoup de cellules du pus et nombre de gros gonocoques en culture pure, intra-cellulaires et par petits tas. Comme meilleur moyen de diagnostic les auteurs conseillent surtout l'examen à la Pick-Jacobson, où les gonocoques seuls sont bleus très foncés, les autres microbes étant infiniment plus pâles. Dans les cas de blennorrhagie chronique il y a peu de globules du pus, peu ou pas de gonocoques et beaucoup d'épithéliums. L'aspect des sécrétions est dans les cas très variable, même d'un jour à l'autre, sans traitement ou changement de régime, de même les gonocoques absents la veille, seront décelés le lendemain sans raison apparente.

De ces examens, Brœse et Schiller concluent que pour *la blennorrhagie aiguë* chez la femme :

a) On trouve toujours des gonocoques, mais cette preuve bactériologique est inutile pour le diagnostic ; en effet, le grand symptôme de la blennorrhagie chez la femme, l'uréthrite, est dans l'immense majorité des cas gonococcique. Les cas très rares d'uréthrite non gonococcique seront toujours reconnus à leur rapide disparition.

b) Le diagnostic de blennorrhagie sera encore facilité par la combinaison de l'uréthrite avec d'autres affections des organes génitaux telles que : uréthrite et vulvite, uréthrite et métrite du col, uréthrite et vaginite, uréthrite, métrite du col et annexite. En effet, après l'urèthre, le siège le plus constant de la blennorrhagie chez la femme, est le col utérin ; en effet, sur 35 cas examinés, dans 32 le col était atteint en même temps que l'urèthre, c'est-à-dire dans 9 p. 100 des cas ; d'ailleurs Brœse et Schiller sont absolument de l'avis de Neisser sur ce fait, qu'il existe un certain nombre de blennorrhagies aiguës chez la femme où le col n'est pas touché, et qui sont d'ailleurs d'un meilleur pronostic que les autres avec métrite du col. Quant à la fréquence des affections annexielles dans la blennorrhagie aiguë, ils l'ont trouvée, de 50 p. 100 environ (15 fois sur 32 cas), mais ils n'osent pas considérer ce chiffre comme absolument vrai, et le croiraient plutôt un peu faible ; néanmoins tel quel il prouve la fréquence et la gravité de l'infection blennorrhagique ascendante chez la femme.

c) Enfin il ne peut guère y avoir de doutes, pour le diagnostic purement clinique, que dans les cas où seul le col est atteint et c'est alors qu'un examen bactériologique tranchera la difficulté.

Donc, en résumé, pour le diagnostic de la blennorhagie aiguë, pas de doutes, la clinique seule suffit dans l'immense majorité des cas.

Malheureusement, il n'en est pas de même pour la blennorrhagie devenue chronique et c'est là que les difficultés deviennent considérables.

Le gros symptôme de la blennorhagie féminine chronique

c'est le catarrhe ; que ce catarrhe siège sur la muqueuse des conduits excréteurs des glandes de Bartholin, sur celle des lacunes de Skene à côté de l'urèthre, sur celles du vagin, de l'utérus ou des trompes. La grosse difficulté n'est pas de reconnaître ces catarrhes, mais de savoir s'ils sont de nature gonococcique. Sur 210 cas, dans lesquels, d'après l'ensemble des symptômes cliniques, il y avait nettement infection blennorrhagique chronique, Schiller et Brœse n'ont trouvé des gonocoques que 48 fois, malgré des examens très soigneux et très répétés. C'est cette absence de gonocoques dans nombre de cas de catarrhes de muqueuses génitales de femmes injectées de blennorrhagie chronique qui fit décrire à Sänger sa « Residualgonorrhœ » et à Neisser ses catarrhes post-gonorrhéiques. D'ailleurs on sait déjà que dans les pus des pyosalpinx on trouve très rarement des gonocoques (Sänger, Wassermann).

Mais il peut se faire, et c'est même là un fait aujourd'hui établi, que les gonocoques disparaissent des sécrétions et persistent néanmoins dans les tissus. C'est même ce fait qui amena Neisser à inventer sa méthode de l'irritation par le nitrate d'argent des muqueuses suspectes, pour y trouver le gonocoque. Du reste, c'est un fait clinique déjà anciennement connu, que les fortes excitations physiologiques des muqueuses génitales de la femme (grossesse, accouchement) font renaître les catarrhes presque éteints et en augmentent la virulence. Et à propos de ces cas de catarrhes chroniques sans gonocoques décelables, se pose la si importante question de la virulence de pareilles sécrétions. Pour expliquer ces cas vraiment extraordinaires, de blennorrhagies aiguës chez un des conjoints, sans aucune manifestation blennorrhagique chez l'autre, Schiller et Brœse en arrivent à admettre une véritable prédisposition à la blennorrhagie chez certains sujets, chez d'autres au contraire une véritable immunité. En tous cas, malgré cette apparence d'explication, cette question de la contagion de la blennorrhagie reste une des plus obscures de la pathologie génitale.

Dans la blennorrhagie chronique de la femme, c'est encore l'urèthre le plus souvent infecté (185 cas d'uréthrite chronique

sur 210 examinés) ; et sur ces 185 cas, 35 fois seulement des gonocoques. Le catarrhe cervical avec annexite existait dans 23 cas sans uréthrite concomitante. Et de ces 23 cas, dans 1 seul le gonocoque put être décelé dans la sécrétion cervicale.

Dans une autre série de 26 cas, où le catarrhe cervical était le seul symptôme de blennorrhagie chronique, 2 fois seulement on trouva des gonocoques.

La vue seule de ces quelques chiffres prouve la difficulté et l'inconstance de la recherche des gonocoques dans la blennorrhagie chronique de la femme.

Aussi peut-on conclure avec Brœse et Schiller que :

La thèse de Neisser : « Dans tous les cas de blennorrhagie chronique chez la femme, l'examen bactériologique positif seul peut permettre un diagnostic », est inexacte.

Le diagnostic de blennorrhagie chronique se basera avant tout sur la recherche clinique de lésions concomitantes des autres organes génitaux (utérus, trompes, gl. de Bartholin).

L'uréthrite chronique est encore le meilleur signe de blennorrhagie chronique ; les symptômes de vaginite chronique sont bien moins sûrs, mais s'ils existent en même temps que d'autres signes d'affection utérine ou annexielle, ils deviennent pathognomoniques. Il est difficile, parfois impossible de décider si un catarrhe cervical chronique est bien d'origine gonococcique, lorsqu'il n'y a pas en même temps d'affections gonococciques des autres organes génitaux. Généralement un catarrhe cervical chronique avec annexite est d'origine gonococcique.

Il est enfin très regrettable que nous ne puissions pas nous en rapporter à l'examen microscopique des sécrétions. S'il est vrai que la constatation des gonocoques est une preuve de blennorrhagie, leur absence n'est aucunement une preuve d'affection non-blennorrhagique. S'il est vrai que, scientifiquement, il est très intéressant de chercher les gonocoques, nous sommes néanmoins forcés, sous peine de commettre de graves erreurs, pour poser un diagnostic de blennorrhagie chez une femme, de nous en rapporter surtout aux symptômes cliniques.

P. Lecène.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Du traitement des métrites par les lavages intra-utérins sans dilatation préalable.

Les lavages intra-utérins préconisés par un certain nombre de gynécologistes allemands dans les métrites simples ne sont guère employés en France dans le traitement des métrites. Partis tout d'abord de simples instillations intra-utérines, les gynécologues sont peu à peu arrivés, grâce aux perfectionnements de l'outillage, à faire de grands lavages de la cavité utérine.

Pour pratiquer ces injections, on a eu recours à des appareils très divers. En 1892 Aug. Reverdin présentait au congrès de chirurgie un

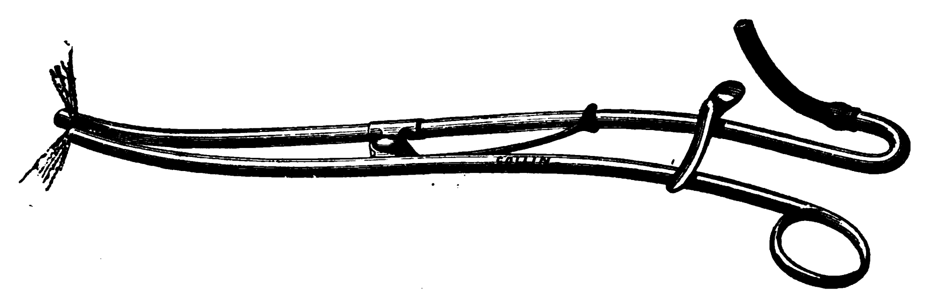


Fig. 1.

dilatateur-irrigateur utérin qu'il avait fait construire dans le but de faire de grands lavages intra-utérins.

« Cet instrument, dit-il (1), se compose de deux branches longues de 29 centimètres, réunies par une articulation à pivot (fig. 1). En arrière de cette articulation, les branches s'inclinent vers le bas pour se terminer par deux anneaux. Une crémaillère située à quelques centimètres en avant de ceux-ci, permet que l'instrument reste ouvert, lorsque la pression des doigts a agi. Un ressort est placé sous la crémaillère, ce qui facilite sensiblement son jeu.

(1) *Congrès de chirurgie de Paris*, 1892, p. 779.

« A partir de l'articulation, les mors décrivent une courbe légèrement concave en avant. La branche gauche, creusée en gouttière, reçoit la droite qui n'est autre chose qu'une sonde creuse, percée, au voisinage immédiat du bouton qui la termine, d'une large fenêtre qui regarde la branche gauche. C'est par cette sonde que le liquide arrive et à travers cette fenêtre qu'il va frapper tout d'abord la branche opposée pour se répandre ensuite dans toute la cavité utérine.

« L'emploi de l'instrument est fort simple : facilement introduit dans l'utérus, vu son peu de volume, ses branches en sont écartées suivant le besoin, la crémaillère maintient cet écartement, et pendant que l'opérateur soutient de la main gauche l'instrument, il peut, de la droite, ajuster le tube de caoutchouc qui descend du récipient placé au-dessus de lui.

« Il est clair que l'eau et les détritus qu'elle ramène trouveront un

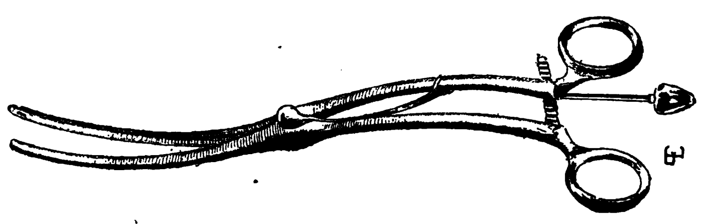


FIG. 2.

large espace de sortie entre les branches du dilatateur et qu'en aucun cas la sonde ne pourra être obstruée. Quant au volume de l'instrument, il peut varier, cela va sans dire, mais il est rarement utile d'avoir recours à un dilatateur irrigateur trop volumineux.

Celui que j'ai adopté a, vers son extrémité, le diamètre d'une sonde n° 18. Une bonne précaution à prendre, lorsqu'on se sert de cet instrument, c'est de faire couler le liquide antiseptique, avant et pendant qu'on l'introduit et de n'arrêter le courant que lorsque l'instrument est complètement retiré. »

Comme cette sonde dilatatrice de Reverdin ne peut être introduite facilement dans un utérus *non dilaté*, Jayle l'a fait modifier par Collin, de manière à en rendre l'introduction aussi facile que celle d'un hystéromètre; il suffisait, pour cela, de lui donner la forme d'une *grande pince très fine*, dont une branche serait creuse et l'autre très amincie et creusée en gouttière, destinée à recevoir la première quand la pince

est fermée (fig. 2 et 3). Le bec de l'instrument doit pouvoir s'engager facilement dans l'orifice n° 12, de la filière Charrière. Quand les branches s'écartent, elles divergent légèrement de façon à épouser, en quelque sorte, la forme même de la cavité utérine, triangulaire avec sommet inférieur.

Les lavages pratiqués avec cette sonde sur des utérus extirpés ont montré que toute la cavité utérine n'était pas parfaitement irriguée : les branches de la sonde s'appliquant sur les bords droit et gauche de la surface interne de l'utérus empêchaient le liquide de parfaitement imbiber ces points d'application de l'instrument. Pour remédier à cet inconvénient M. le Dr Jayle a fait construire un second modèle de sonde dont les branches s'ouvrent perpendiculairement au sens de celles de la précédente (fig. 4 et 5) ; de cette façon, en employant alternativement l'une et l'autre sonde, on est assuré que la cavité utérine

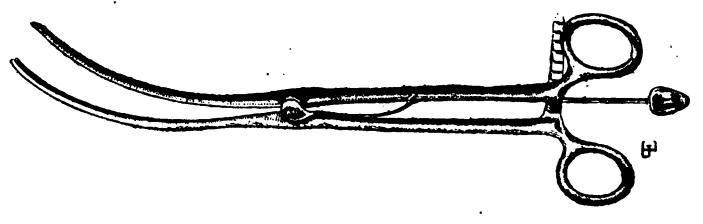


FIG. 3.

est parfaitement irriguée dans toutes ses parties par le liquide antiseptique.

Pour faire ces lavages, il faut, nous dit M. Manfredi (1), procéder de la manière suivante :

« La malade étant mise dans la position obstétricale, nous la touchons tout d'abord pour nous rendre compte de la position du corps de l'utérus et de la situation du col dans le vagin. Ce dernier renseignement est d'une extrême utilité pour l'introduction du spéculum, car il permet d'introduire ce dernier dans la direction et à la profondeur voulues, de telle sorte que le col se trouve « chargé » sans tâtonnements, sans fausses routes, sans douleurs pour la malade.

Le spéculum étant en place et le col à découvert, on nettoie col et

---

(1) MANFREDI. *Traitement des métrites par les lavages intra-utérins sans dilatation préalable.* Th. de Paris, 1897-1898, n° 230.

vagin à l'aide d'un ou de plusieurs tampons trempés dans une solution faible de sublimé.

On pratique ensuite l'hystérométrie qui permet de contrôler les renseignements fournis par le toucher au sujet de la position du corps utérin et aussi qui permet de connaître les dimensions de la cavité utérine.

Rappelons que cette opération ne doit jamais être faite si l'on n'est pas absolument certain que la femme n'est pas enceinte. Il ne suffit pas de savoir quand elle a eu ses dernières règles : il faut aussi s'assurer qu'elles ont été aussi abondantes que de coutume, que le corps de l'utérus n'est pas augmenté de volume. En un mot, il faut rechercher avec soin les signes de probabilité d'une grossesse au début.

Alors — et alors seulement — l'hystérométrie sera pratiquée et elle sera pratiquée avec douceur : il ne faut jamais forcer. Si l'on ne peut franchir l'orifice interne du col, on saisira une des lèvres du col avec une pince tire-balle et on l'attirera doucement vers la vulve. Dans l'immense majorité des cas, cette simple manœuvre suffira pour permettre l'introduction de l'hystéromètre.

Quand l'instrument est introduit jusqu'au fond de l'utérus — cela est, en général, facile à sentir — on le saisit avec une pince au ras du col et l'on mesure ainsi la profondeur de la cavité utérine.

L'opérateur sait maintenant dans quelle direction et à quelle profondeur il doit introduire la sonde et l'opération est d'une simplicité extrême.

Après s'être assuré qu'elle n'est point bouchée, l'opérateur saisit la sonde de la main droite, comme un porte-plume, en tenant sa concavité en haut si l'utérus est en antéflexion, en tenant sa concavité en bas dans le cas contraire. L'instrument est ensuite introduit dans l'utérus absolument comme un hystéromètre ; on écarte alors les branches et on fait passer le liquide après avoir fait communiquer la sonde avec le tuyau en caoutchouc du récipient (fig. [illegible]). Avant d'introduire la sonde, il faut toujours avoir grand soin de s'assurer que le liquide qui s'en échappe est suffisamment chaud. La durée de l'injection varie en général de cinq à dix minutes.

Il est bon de retirer la sonde [illegible] complet du liquide : [illegible] on baigne les [illegible] les branches [illegible] du liquide.

Quand [illegible] on introduit [illegible] le glycé- [illegible] Après une injection

de gélatine, on imbibe le premier tampon de la solution même qui a servi à l'injection.

La malade doit garder ces tampons jusqu'au soir ou jusqu'au lendemain matin ; avant de venir prendre son injection intra-utérine, elle reçoit une douche vaginale de 20 à 30 litres d'eau à 45 degrés environ qui lave et assouplit la muqueuse.

Les différentes solutions antiseptiques que nous avons employées et vu employer à la consultation de l'hôpital Broca, ont été les suivantes : le chlorure de zinc à 1 p. 100, le nitrate d'argent à 1 p. 100, l'itrol ou citrate d'argent à 2 p. 1000, le sublimé à 1 p. 4000, le permanganate de potasse à 1 p. 1000, l'iode à 1 p. 1000 (1) et à la gélatine stérilisée.

Les injections au sublimé, au permanganate de potasse et à la solution iodée sont les plus recommandables.

Les accidents observés seraient très rares ; seules les malades nerveuses supportent assez mal les premiers lavages intra-utérins qui leur sont faits. Cependant, au bout du troisième ou quatrième lavage, la tolérance devient presque toujours habituelle ; elle disparaît, au contraire, si l'on interrompt la série de ces lavages.

Si l'on en croit les observations relatées par M. Manfredi à la fin de sa thèse, les résultats que donnerait ce mode de traitement sont excellents.

Sur 16 métrites simples, il a obtenu 15 guérisons.

Dans les métrites compliquées de lésions annexielles légères (14 cas) il a eu de véritables guérisons ; dans les métrites compliquées de lésions annexielles graves on n'obtient qu'une amélioration relative portant principalement sur les écoulements sans grande modification des douleurs.

Sans partager l'optimisme excessif de l'auteur, nous pensons qu'il y a lieu d'expérimenter cette méthode dans les métrites suppurantes sans lésion trop avancée du col, nous rappelant toutefois qu'un traitement plus simple (bains et injections vaginales convenablement prises) suffit dans bien des cas pour amener la guérison. C'est pourquoi nous ne le mettrons en pratique qu'après échec de cette première médication.

H. H.

---

(1) La solution iodée est la suivante :

Iode	260
Iodure de potassium	520
Eau	1950

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 12 mai 1898.

Petit (P.). **Phlébite d'origine puerpérale, pied bot phlébitique.** — Affection rare, signalée par Verneuil qui en avait réuni 4 cas, 3 personnels et 1 observé par Kirmisson. D'après Verneuil, la pathogénie serait la suivante : « Tant que les veines superficielles et profondes intermusculaires sont seules enflammées, les muscles séparés de ces veines par des aponévroses ou d'épaisses couches de tissu conjonctif, restent étrangers au processus. Mais à peine les vaisseaux intra-musculaires sont-ils intéressés qu'aussitôt la myosite se déclare. La myosite entraîne la contracture et à celle-ci succède la rétraction, facteur permanent de déviations et de difformités consécutives. » — Le nouveau fait observé par Petit concerne une jeune femme, accouchée pour la première fois en septembre 1897, et qui, consécutivement, eut plusieurs poussées graves de phlébite, la première atteinte le quinzième jour des suites de couches, les autres à des intervalles assez réguliers, poussées qui affectèrent les veines des deux extrémités inférieures, etc., et qui, très tardivement, plus de 6 mois après l'accouchement, se compliquèrent d'accidents emboliques.

Appelé à cette occasion, l'auteur constata : de l'atrophie de la musculature des jambes contrastant avec l'enflure des cuisses et de la déformation des deux pieds, tous deux en *varus équin avec orteils en griffes.*

DolÉris. **Hémorrhagies génitales graves chez les filles nouveau-nées.** — Il s'agit d'une sorte d'épidémie, d'occurrence bien rare, et qui a été observée à l'hôpital Boucicaut. L'épidémie a frappé cinq petites filles qui ont été, en même temps, affectées d'un écoulement sanguin par la vulve, avec apparition d'autres hémorrhagies en divers points de l'organisme, notamment l'ombilic, la peau ; état général grave, apyrétique et finalement terminaison fatale dans trois cas, peut-être même dans quatre cas sur les cinq observés. Deux des enfants ont succombé dans le service, et deux ont été emmenées par les mères dans un état presque désespéré avec un affaiblissement extrême et

perte considérable de poids. L'une d'elles, d'après les renseignements reçus, est morte rapidement. Le sort de l'autre est resté inconnu. Au résumé, de ces 5 enfants atteintes des mêmes accidents hémorrhagiques, on a vu une seule guérir dans le service. Suit un historique des contributions à l'étude des accidents analogues sinon identiques, puis la relation détaillée des 5 observations. Comme il était indiqué, on a, indépendamment des autres recherches, demandé aux recherches bactériologiques la raison de ces accidents, mais, en dépit d'investigations minutieuses, celle-ci est restée ignorée. (La discussion de cette intéressante communication a été remise à une séance ultérieure.)

MERLE. **L'aménorrhée et la dysménorrhée, résultats obtenus par le traitement hydro-minéral** (eaux chlorurées sodiques chaudes de Bourbonne-les-Bains). — L'auteur a, par l'usage plus ou moins prolongé des eaux de Bourdonne-les-Bains, obtenu cinq succès complets et un succès relatif sur six cas d'aménorrhée. Il croit, d'autre part, que ces eaux sont capables de donner de bons résultats quand il s'agit de jeunes filles mal réglées, dysménorrhéiques, arthritiques, avec manifestations migraineuses ou névralgiques.

MASBRENIER. **Déformations de la tête fœtale et absence de ballottement céphalique dans un cas de présentation du siége avec oligoamnios.** — Femme à terme quand elle entre à la Clinique. Après examen, palper et toucher, on porte le diagnostic : siège décomplété, mais diagnostic avec quelque réserve parce qu'on n'a pu constater le ballottement céphalique. Le travail s'étant déclaré, un peu de liquide s'écoule cinq heures après le début des douleurs. Un nouvel examen affirme le diagnostic précédent, mais, au palper, il est impossible de reconnaître une partie fœtale. Expulsion spontanée du tronc et extraction par la manœuvre de Moriceau de la tête dernière. Enfant du poids de 3,420 grammes, venu en état d'asphyxie mais qu'on réussit à ranimer. La tête fœtale présente une *asymétrie* crânienne prononcée. Le bord supérieur du pariétal gauche est refoulé sous le pariétal droit. Ce dernier est plus convexe que le gauche. Au-dessous de l'oreille droite existe une dépression notable, semblant correspondre à la saillie de l'épaule du même côté qui peut s'y loger exactement, attitude qui semble avoir été celle du fœtus pendant la grossesse et qui explique l'absence de ballottement céphalique.

Discussion. — Budin a observé deux faits dans lesquels il y avait des déformations analogues et qui coïncidaient aussi avec une rareté du liquide amniotique.

Masbrenier. — **Inversion des organes thoraciques et abdominaux chez un enfant mort au troisième jour et ayant présenté des accès de cyanose.** La mère primipare ne présentait aucun antécédent pathologique.

Doléris. **Grossesse extra-utérine tubo-abdominale. Laparotomie ; extraction du fœtus et du placenta indépendant. Guérison.** — X..., 32 ans, se présente à l'hôpital le 24 avril 1898. Dernières règles en mai 1897. En supposant une grossesse, le terme normal était donc dépassé (depuis février).

Depuis la suppression des règles, douleurs plus ou moins vives dans le bas-ventre.

Le 7 novembre, 6 mois environ après les dernières règles, crise douloureuse intense, à début brusque, qui se prolongea 3 jours et 3 nuits, et qui fut suivie d'une diminution du volume du ventre. En janvier 1898, perte de sang qui dura 8 jours, sang, caillots et débris membraneux. Un *examen* minutieux, palper et toucher combinés, conduisit au diagnostic : grossesse extra-utérine et tumeur pelvienne, fibrome probablement. *Laparotomie*, le 27 avril 1898 : Une incision médiane partant de l'ombilic et allant jusqu'au pubis met à nu une tumeur volumineuse. Cette tumeur s'étend transversalement et un peu obliquement du flanc droit à l'hypochondre gauche. Elle est voilée par l'épiploon et adhérente à la paroi abdominale et à quelques anses intestinales. Après dégagement rapide des adhérences, on tombe directement sur la masse qu'on n'a pas de peine à reconnaître pour le corps d'un fœtus assez volumineux, reposant directement sur le paquet intestinal et enveloppé étroitement par l'épiploon en avant, sans qu'aucune paroi adventice limite une cavité kystique quelconque. Dans l'hypochondre gauche, on trouve la tête fœtale. Cette tête est enveloppée d'une membrane blanc opaque qui la recouvre comme un voile ; et à cette membrane adhèrent, par de nouveaux tractus plus ou moins volumineux et longs, l'épiploon et les anses intestinales environnantes. Pour isoler la masse fœtale, il faut détacher l'épiploon, le relever, il faut détruire à la main les adhérences qui d'ailleurs se détachent facilement au niveau de leur insertion fœtale, laissant après leur rupture, des tractus et des logettes au sein desquelles sont collectés des amas gélatineux rosés. De nombreux capillaires saignent au niveau des points adhérents. La libération de la tumeur fœtale est menée rapidement sans l'aide de pinces. La tête est soulevée à son tour, les adhérences détachées au fur et à mesure ; on arrive à extraire un fœtus volumineux.

Sa position était légèrement oblique, la tête dans l'hypochondre gauche, au niveau des fausses côtes, le dos en avant, les avant-bras fléchis sur les bras et croisés sur la poitrine, les membres inférieurs fléchis et croisés absolument dans la situation normale d'un fœtus dans la cavité utérine.

Le cordon passe sous l'aisselle, longe le membre inférieur droit et va s'attacher sur une seconde tumeur intra-pelvienne dans laquelle il pénètre au travers d'un orifice étroit et disparaît. Il est libre dans son court trajet du fœtus à la masse tubo-placentaire ; il a l'épaisseur d'un centimètre et demi environ. Le cordon est coupé, le fœtus enlevé.

Reste une grosse tumeur isolée de la première, globuleuse, arrondie, à paroi grisâtre, enclavée dans le petit bassin, adhérente à l'utérus, au rectum, à la paroi pelvienne, ayant délogé et rejeté l'utérus fortement à droite et en haut. On en fait la ponction, il ne s'en écoule qu'une matière boueuse d'abord, ensuite demi-liquide, rougeâtre. La paroi de cette tumeur est friable, les pinces n'en peuvent saisir et maintenir le tissu qui s'effrite et se déchire. La seule ressource est de détruire les adhérences et de l'enlever. Cette manœuvre est pénible et assez longue, elle a nécessité le décollement de la masse d'avec toute la surface de l'excavation, en clivant, avec les doigts, les couches membraneuses qui en constituent les parois. Le dégagement se fait entièrement du côté droit ; du côté gauche on reconnaît que la masse adhère à la corne utérine, mais en continuant le décollement, au lieu d'aboutir à la constitution d'un pédicule, on assiste à la libération entière de la masse par suite de la déchirure de l'attache friable de son insertion sur la corne gauche de l'utérus. Il apparaît nettement que c'est l'origine de la trompe sur l'utérus qui s'est rompue. Du côté droit les annexes sont intactes, mais déformées, oblitérées, enveloppées d'exsudats. A gauche, l'ovaire n'existe pas, confondu qu'il est avec la masse tubo-placentaire. On fait l'ablation des annexes à droite et on applique une double suture à gauche : l'une sur le ligament infundibulo-pelvien, l'autre sur la corne utérine. L'utérus est laissé en place.

Il est visible, en considérant la tumeur enlevée si péniblement, que l'on est en présence de la trompe, aux parois énormément épaissies, fixée par un matelas d'adhérencces et contenant la masse placentaire ; la pénétration du cordon dans cette masse se fait à droite, en bas, et en arrière par une ouverture très restreinte qui représente la déchirure de la tumeur tubaire par où s'est échappé, dans l'abdomen, le fœtus enveloppé d'une partie de ses membranes. La rupture a dû se faire vers le quatrième mois. On fait la toilette du péritoine ; on résèque au

thermocautère toutes les fausses membranes. La partie inférieure du grand épiploon, qui était très adhérente et reposait sur le fœtus, est réséquée après suture en chaîne. Les surfaces cruentées et saignantes sont rapidement touchées au thermocautère. Pas de drainage. Suture de la paroi abdominale à trois plans. Suites opératoires régulières. *Guérison.*

DOLÉRIS. **Prolapsus congénital combiné à l'allongement hypertrophique de l'utérus et spina-bifida chez le nouveau-né.** — Observation rare, la dixième probablement de celles connues jusqu'ici, dans lesquelles il y avait coïncidence du prolapsus utérin et du spina-bifida. Cette communication contient les détails anatomiques les plus minutieux.

DUMAS (de Lédignan). **Ventouse mammaire.** — L'appareil que présente l'auteur lui aurait rendu des services dans les affections suivantes : 1° vomissements incoercibles de la grossesse ; 2° débilité chez la jeune fille à l'époque de la puberté ; 3° chlorose à tous les âges ; 4° développement rudimentaire du sein (sein infantile). L'auteur relate quatre observations à l'actif de la méthode.

M. TISSIER analyse un travail du Dr Barreiro sur l'**embryotomie rachidienne** dans les présentations de l'épaule négligées. L'auteur de ce travail, basé sur un contingent notable de faits personnels, conseille, au lieu de la section habituelle du cou, de sectionner de l'aisselle supérieure au cou. De la sorte, en tirant sur le bras inférieur, on abaisse facilement le tronc ; et, d'autre part, l'épaule supérieure restant attachée à la tête, ne vient plus, pendant l'extraction du tronc, heurter dans la descente le bloc céphalique. Enfin le bras supérieur permet ensuite d'entraîner en bas la tête et favorise son extraction. Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur décrit un embryotome qui l'emporterait sur les instruments analogues, ce que M. Tissier conteste quand cet instrument est mis en parallèle avec l'embryotome Tarnier. L'auteur envisage encore les cas dans lesquels la section de choix, de l'aisselle supérieure au cou, étant pour une raison quelconque impossible, il y aura lieu soit de sectionner du cou vers l'aisselle inférieure, soit de pratiquer une section bi-axillaire, etc., l'essentiel pour lui étant de ne pas laisser la tête isolée dans l'utérus. R. L.

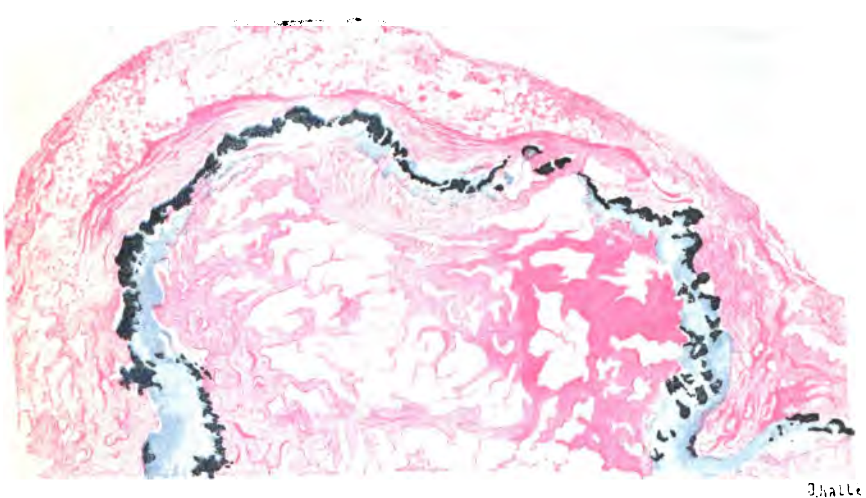
Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

Endocardite végétante blennorrhagique.



Aspect des sigmoïdes aortiques.



Coupe d'une végétation fibrineuse de la valvule sigmoïde précédente.

En bleu, une bande épaisse de gonocoques formant des amas inégalement colorés. Coloration à l'éosine et au bleu de Lœfler. Objectif 4.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1898

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

Par le Dr **Paul Segond** (1).

Les deux préceptes de Werth et de Pinard sont aujourd'hui classiques, et les raisons de haute prudence qui les ont dictés sont basées sur des faits cliniques trop probants, pour qu'il soit nécessaire de les justifier à nouveau. Sans doute, Werth n'a pas trouvé la très juste note en écrivant que « *toute grossesse ectopique doit être considérée comme une tumeur maligne et extirpée comme telle* », puisque toute grossesse ectopique n'exige pas, forcément et toujours, une éradication totale autant qu'immédiate; mais la netteté des indications opératoires qu'il a voulu vulgariser n'en persiste pas moins. Quant à la formule de Pinard, elle est non moins explicite, sans impliquer pour cela, ni l'heure, ni l'espèce de l'opération. C'est donc elle qui mérite d'être conservée : « *Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.* » Ces quelques mots résument au mieux la règle générale qui domine la thérapeutique actuelle des grossesses ectopiques.

Comme il n'est point de bonne règle sans exception,

(1) Rapport au Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie, deuxième session, Marseille, octobre 1898.

Bouilly (1) a bien fait de rappeler « qu'un certain nombre de grossesses ectopiques s'arrêtent d'elles-mêmes, et que leurs accidents guérissent spontanément ». « Quelquefois, le produit de la conception meurt et s'arrête dans son développement dans l'intérieur même de la trompe, sans rupture de celle-ci, ni effusion de sang dans la cavité du péritoine ; d'autres fois, il se produit une rupture avec épanchement sanguin peu abondant dans l'abdomen ; une crise péritonéale éclate brusquement, qui reproduit en petit, et sous une forme atténuée, les traits de l'ictus péritonéal violent, et, au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre. » Soit, et dans ces cas atténués, la nature se charge, en effet, du traitement.

Mais, de l'aveu même de Bouilly, « ces faits sont rares et sont souvent mal interprétés ». D'autre part, la nature des accidents est bien rarement reconnue. On croit à des « crises de pelvi-péritonite, de salpingite, de névralgies de l'ovaire, quelquefois de coliques néphrétiques ; on fait le traitement banal des symptômes, et la malade guérit ». A supposer qu'on en fasse le diagnostic exact, et qu'en raison même du peu d'intensité de l'invitation opératoire, on se reconnaisse le droit de garder l'abstention, on ne ferait par autre chose qu'œuvre de clinicien expérimenté, opportuniste, et, par conséquent, soucieux de ne jamais se fier aveuglément aux préceptes absolus. Mais, en fait, les cas visés par Bouilly ne sont qu'une exception. L'une de ces innombrables exceptions qui rendent si difficile l'art « de bien remplir l'indication », et dont la juste appréciation, Trélat (2) se plaisait à le répéter, exige avant tout cette sûreté de jugement que le « murmure quotidien de l'expérience » peut seul donner. Si légitime que soit la réserve soulignée par Bouilly, je ne crois donc pas utile d'en faire le correctif nécessaire d'une formule thérapeutique aussi générale que celle de Pinard.

(1) G. BOUILLY. Notes sur la grossesse extra-utérine, tirées de l'analyse de 50 observations personnelles. *La Gynécologie*, Paris, 1898, nº 1 du 15 février, p. 1, et nº 2 du 15 avril, p. 109.

(2) U. TRÉLAT. *Clinique chirurgicale*. Paris, 1891, t. I, 1re leçon.

Nous sommes tous fixés sur la gravité pronostique de toute grossesse ectopique abandonnée à elle-même, gravité qui subsiste en dehors même de toute complication, puisque « la seule présence du kyste fœtal mort suffit pour altérer gravement la santé des femmes (1) ». Les anecdotes comme celle du *fœtus à terme de Quimperlé* (2), dont la rétention avait duré cinquante-six ans, égaient peut-être nos enquêtes bibliographiques, mais nous savons bien tout ce qu'il y aurait d'illusoire et de périlleux, soit à escompter l'exceptionnelle éventualité d'une transformation en lithopédion, soit à garder l'expectation, sous le prétexte que les guérisons par évacuation spontanée sont possibles. Nous sommes enfin très édifiés sur la prétendue valeur de certains moyens de traitement, comme la *ponction simple*, les *injections toxiques* (atropine, strychnine, morphine) ou l'emploi de l'*électricité*. En dépit de quelques succès et des rares défenseurs que cette chirurgie, sans chirurgie, a toujours le secret de rencontrer, les auteurs les plus classiques n'hésitent plus à la reléguer dans « la partie historique (3) » du traitement, tout à côté des anciens moyens comme la *cure de la faim* ou les *saignées répétées*, que Pozzi qualifie d'archaïques. Bref, nous avons la conviction, maintenant très documentée, qu'il n'y a qu'un traitement raisonnable, efficace et prudent des grossesses ectopiques, c'est de les opérer. Et c'est ainsi, la chose vaut la peine d'être relevée, que les formules les plus vieilles retrouvent, parfois, une saisissante actualité. Baudelocque (4) l'écrivait en 1796: Tout parle en faveur de l'opération, « *malgré le danger qui peut la suivre, parce que le péril est encore plus certain si on ne la fait*

(1) A. Pinard. Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. Paris, 1892.

(2) Sappey. Note et considérations sur un fœtus qui a séjourné cinquant-six ans dans le sein de sa mère. *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences*, 1883, t. LXXXXVII, p. 557.

(3) A. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage. *Précis d'obstétrique*. Paris, 1894.

(4) Baudelocque. *L'art des accouchements*, 1796, t. II, p. 759.

pas ». Mieux dire ce que nous pensons aujourd'hui du traitement de la *mauvaise grossesse* de Levret serait, en vérité, difficile.

Les limites de la question de thérapeutique, dont le comité d'organisation de notre congrès a bien voulu me confier le rapport, me paraissent donc nettement tracées : ma tâche se réduit à mettre en valeur les arguments ou les faits sur lesquels on doit se baser pour savoir *quand* et *comment* il faut opérer. Dans ma réponse à cette double question, peut-être m'arrivera-t-il de céder, par instants, au désir naturel d'insister sur mes faits personnels ou de faire accepter les opinions qu'une pratique déjà longue a pu m'inspirer ; mais, soyez sûrs que j'y mettrai la réserve que mon rôle de rapporteur exige et que je resterai très attentif, en tout cas, à vous bien dire, comment et pourquoi d'autres pensent autrement.

Pour mener à bien cette étude, il convient d'envisager à part les aspects si dissemblables que prend la grossesse ectopique, suivant son âge, sa forme ou ses complications. Et, comme à la Société de chirurgie, lors de la discussion soulevée par Picqué (1), je suivrai, à peu de chose près, les divisions adoptées par Pozzi (2) dans son *Traité de gynécologie*. Je ne crois pas qu'il y en ait de meilleures pour mettre en bonne place les cas particuliers, sans risquer de confondre des faits que tout sépare. J'étudierai donc à part : d'abord les *grossesses ectopiques de moins de cinq mois* ; puis, les *grossesses ectopiques après le cinquième mois*, en prenant le soin d'envisager isolément, dans ces deux groupes, les *grossesses à développement normal*, et celles dont l'évolution est troublée, soit par la *mort du fœtus*, soit par une *complication proprement dite*.

Cette classification n'est pas « sensiblement » la même que celle de mon collègue et ami Picqué, — ainsi qu'il me l'a répondu à la Société de chirurgie, — mais « sensiblement » différente. Elle tient compte, en effet, non pas seulement des grosses

(1) Picqué. Rapport sur 3 cas de grossesse extra-utérine communiqués par M. Potherat. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1896, t. XXII, p. 30.

(2) Pozzi. *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 3e édition. Paris, 1897.

complications hémorrhagiques, mais aussi de tous les « états particuliers » (hématosalpinx, suppurations, kystes fœtaux) que Picqué veut absolument rejeter « hors de l'étude de la grossessé extra-utérine, envisagée au point de vue chirurgical », pour ne conserver à celle-ci que les *hématocèles enkystées* et les *inondations péritonéales*. Pourquoi cette exclusion ? Pour ma part, je n'arrive pas à la comprendre. Et si je ne comprends pas, c'est précisément parce que je me place au point de vue chirurgical. Une grossesse ectopique qui *suppure* n'est-elle plus une grossesse ? et n'est-il pas excessivement chirurgical de s'en occuper ? Quant aux *hématocèles*, il est bien certain qu'elles ne contiennent pas toutes un fœtus, et je reconnais volontiers que les grossesses tubaires, possédant pour tout gage d'identité quelques villosités choriales, découvertes par un histologiste attentif sur les parois d'une poche d'*hématosalpinx*, sont un peu sujettes à caution. Mais qu'importe ? La catégorisation précise de ces nuances n'intéresse que la nosologie, et quand on se place au point de vue chirurgical, elle devient superflue. Pour qu'il en fût autrement, il nous faudrait la possibilité de toujours porter un diagnostic précis. Or, chacun le sait, et Championnière (1), en particulier, l'a fort bien dit, cette possibilité est si loin d'être la règle, que les plus expérimentés s'y trompent à tout instant. Et, du reste, le mal n'est pas grand ; car, en pratique, l'histoire des grossesses ectopiques le démontre à chaque pas, c'est la précision de l'*invitation opératoire*, et point du tout la conviction d'un diagnostic ferme, qui nous fait prendre le bistouri.

La même pensée, je le sais, se trouve dans le cours du rapport de Picqué. « Je m'intéresse beaucoup moins, dit-il, à l'exactitude du diagnostic nosographique qu'à celle du diagnostic opératoire. » Et, parlant de la division des hématocèles, en hématocèles habitées et en hématocèles inhabitées, il déclare ne jamais se préoccuper de cette distinction. Mais alors, pourquoi

(1) L. Championnière. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1896, t. XXII, p. 45.

tant insister, dans ses prémisses, sur les abus actuels « de la dénomination de grossesse extra-utérine » ou sur la nécessité de ne pas « conclure qu'hématocèle et grossesse extra-utérine sont deux termes synonymes », et déclarer enfin, « que la question du traitement de la grossesse extra-utérine ne pourra s'éclairer qu'en éliminant résolument de son cadre les anciennes hématocèles qui ne se sont élevées au rang des grossesses extra-utérines que par les progrès de l'anatomie pathologique et microscopique, et dans lesquelles on ne trouve, le plus souvent, aucun fœtus, ou un petit fœtus macéré ». J'avoue ne pas saisir du tout la conciliation possible de ces préoccupations terminologiques, avec les conclusions pratiques si judicieuses qui terminent le rapport de Picqué. Cette critique de détail est peut-être accessoire ; mais, le fait à retenir et sur lequel j'insiste, c'est qu'il serait parfaitement illusoire de considérer la précision du diagnostic ou de la terminologie comme la directrice principale de notre thérapeutique.

PREMIÈRE PARTIE. — **Traitement des grossesses extra-utérines de moins de cinq mois.**

I. — **Traitement des grossesses extra-utérines de moins de cinq mois évoluant normalement.** — D'accord avec ce que nous savons sur les difficultés du diagnostic, on doit, pour ce premier groupe, comme pour les suivants, déterminer d'abord le traitement de choix, voir ensuite ce qu'il devient en cas d'erreur de diagnostic, et, s'inspirer enfin de ce parallèle, pour savoir quelle est la conduite la plus sûre à suivre en pratique.

Au point de vue du *traitement de choix*, pas d'hésitation possible. La formule de Pinard répond à l'opinion générale : *Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale*. Et bien entendu, puisque cette règle est basée sur les voies évolutives de toute grossesse ectopique, il va de soi qu'elle ne vise pas seulement les grossesses extra-utérines, qui, suivant la règle, s'accompagnent, dès leur début ou peu s'en faut, de troubles symptomatiques plus ou moins alarmants ; elle s'applique, avec non moins

d'à-propos, aux cas exceptionnels dont l'évolution physiologique se fait à froid, sans trouble d'aucune sorte, et dont on pourrait néanmoins faire le diagnostic. Cette dernière manière de voir paraît en contradiction avec ce que je disais des indications de l'abstention dans les cas atténués dont parle Bouilly, mais la contradiction n'est qu'apparente. Les cas atténués de Bouilly ne peuvent, en effet, concerner que des grossesses ectopiques très jeunes, tandis que les grossesses ectopiques ayant évolué à froid, et cependant diagnosticables, ne se rencontrent guère qu'au troisième ou quatrième mois révolus, alors que la tumeur est facilement appréciable ; et, à cet âge, il ne saurait y avoir de doute sur la nécessité de l'intervention.

Supposons, maintenant, le cas d'une *erreur de diagnostic ;* et voyons si cette erreur est susceptible de faire regretter l'intervention. En aucune manière, car dans l'espèce, je ne cesserai de le répéter, ce qui nous fait agir, c'est bien rarement la précision du diagnostic, et c'est presque toujours celle de l'invitation opératoire. Or, est-il possible d'admettre qu'une tuméfaction annexielle, dont les symptômes sont tels qu'ils en imposent pour une grossesse ectopique, puisse être autre chose qu'une annexite à opérer? Je ne le crois pas. Et, par conséquent, la conclusion pratique n'est pas discutable ; quand le diagnostic de grossesse ectopique est exact, rien de mieux que l'opération ; et quand il est difficile ou erroné, quand la prétendue grossesse n'est en réalité qu'une annexite inflammatoire ou kystique, nous ne risquons pas davantage. Ici comme là, on se trouve en présence d'une annexite qu'il faut opérer, qu'elle s'accompagne ou non de symptômes de grossesse plus ou moins évidents.

Quant à l'opération, elle ne peut être, dans l'immense majorité des cas, qu'une *ablation* et, faut-il ajouter, une *ablation unilatérale.* En l'absence de lésions bilatérales, il serait, en effet, mauvais d'imiter la pratique de Beck et Mackelway (1)

---

(1) La bibliographie des travaux dus aux auteurs dont je donne les noms, sans autre indication, se trouve soit dans les publications de Cestan (*loc. cit.*), soit dans la 3[e] édition du livre de Pozzi.

(de Philadelphie), en enlevant les annexes de l'autre côté, sous le prétexte d'éviter des récidives. Mais reste à déterminer la marche à suivre pour réaliser l'ablation.

Plusieurs chirurgiens ne s'attardent pas à cette discussion. Ils procèdent toujours par laparotomie, sans jamais admettre qu'on puisse recourir à la voie vaginale. Tel n'est pas du tout mon avis. Non point que je me sente une tendance quelconque à vanter l'ablation vaginale du seul kyste tubaire par *colpotomie postérieure*, avec Condamin, et moins encore par *colpotomie antérieure*, comme le font Douglas, Boldt, Martin, Donald, Taylor, Kossmann ou Wendler. A mes yeux, la voie vaginale est parfaite pour les castrations totales. Mais, comme je l'ai dit depuis longtemps (1), toutes les fois qu'il s'agit d'extirpations partielles, d'ablations unilatérales, son infériorité vis-à-vis de la laparotomie devient évidente; l'utérus restant en place, la brèche d'accès est forcément restreinte ; on est gêné dans ses manœuvres, et, pour peu que le kyste soit un peu gros ou le cas difficile, on se trouve, en définitive, dans des conditions assez défavorables. Cette manière de voir, juste pour l'ablation d'un kyste banal, l'est bien plus encore en cas de kyste fœtal. Et malgré les succès des chirurgiens que je viens de nommer, je ne crois pas devoir la modifier. Quand la grossesse ectopique est seule en cause, quand elle est *lésion unilatérale*, je suis donc le premier à reconnaître que *l'ablation par laparotomie est l'opération de choix*.

Mais, et c'est là seulement que je me sépare des laparotomistes absolus, lorsque la grossesse ectopique, reconnue ou supposée, s'accompagne de *lésions évidentes des annexes de l'autre côté*, faut-il, de parti pris, faire quand même la laparotomie et priver les femmes des avantages de l'intervention par voie vaginale? Certainement non. Pour ma part, j'ai plusieurs fois soupçonné ou porté le diagnostic de grossesse extra-utérine chez des malades atteintes de lésions manifeste-

---

(1) PAUL SEGOND. L'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes. *Congrès français de chir.*, 8e session. Lyon, 1894.

ment bilatérales. Je les ai, de ce chef, considérées comme justiciables de l'opération de Péan, et je n'ai eu qu'à m'en louer. Aussi bien, suis-je convaincu que l'hystérectomie vaginale trouve ici son indication, exceptionnelle, sans doute, mais très nette et point du tout « détournée », comme le dit Picqué ; à cette condition, toutefois, que la grossesse soit encore assez jeune pour qu'on ne soit pas exposé à laisser dans le ventre les fragments d'un placenta trop volumineux.

L'opération de Péan trouverait encore son application légitime quand un *néoplasme utérin* (fibrome ou cancer), lui-même justiciable de l'ablation vaginale, coexiste avec la grossesse ectopique. Jacobs (1) a publié, le mois dernier, un exemple de cette association. La conclusion se formule donc, à mon avis, de la façon suivante :

En cas de grossesse extra-utérine de moins de quatre mois, quand il existe, en même temps, soit une lésion annexielle de l'autre côté, soit un néoplasme utérin, on doit, sauf exception, considérer l'opération de Péan comme l'opération la plus avantageuse. Passé le troisième et surtout le quatrième mois, la laparotomie reprend tous ses droits.

Cette indication possible de l'hystérectomie vaginale est, ici, la seule qu'il faille accepter. Je sais bien que Picqué considère le siège *tubo-interstitiel* de la grossesse comme une autre indication valable de l'hystérectomie vaginale, et, certainement, les observations analogues à celle de Potherat (2) démontrent que l'opération de Péan peut donner les meilleurs résultats. Mais, il n'en manque pas moins à la validité pratique de l'indication sa condition première d'existence, c'est-à dire la possibilité clinique de porter avec quelque certitude le diagnostic de *grossesse tubo-interstitielle*. Or, cette possibilité n'existe pas, ou peu s'en faut. Pour être sûr que tel est bien le siège d'une grossesse, il n'y a qu'un moyen, c'est de la voir, de la voir de ses

(1) Jacobs. Coexistence d'une grossesse ectopique avec cancer du col utérin. *Bull. de la Soc. belge de gynécol.* (séance du 19 mars). Bruxelles, 1897-1898, t. IX, p. 8.

(2) Potherat. Trois cas de grossesse extra-utérine, *in* Rapport de Picqué, *loc. cit.*

yeux. Les indications de l'hystérectomie vaginale d'emblée sont donc, en pareil cas, condamnées à demeurer toujours dans le domaine de la théorie, et la seule intervention raisonnable à pratiquer d'abord, c'est la laparotomie.

Celle-ci, une fois faite, on peut opter, suivant ses tendances personnelles, soit pour l'*ablation par voie abdominale*, soit pour l'*hystérectomie vaginale* faite séance tenante, après fermeture du ventre ; et c'est, naguère encore, la conduite qui me semblait la plus sage. Mais cette manière de voir, légitime à l'époque où l'hystérectomie abdominale n'avait pas encore subi les perfectionnements qui ont si notablement abaissé sa mortalité première, n'a plus aucune raison d'être. A moins qu'on veuille ou qu'on puisse, à la manière de Kelly, se contenter d'*ouvrir le kyste par voie intra-utérine*, ainsi qu'il sera dit plus loin, la seule conduite à suivre, après constatation, par laparotomie, d'une *grossesse tubo-interstitielle*, c'est d'en pratiquer l'ablation, séance tenante, par la même voie, en ayant recours à l'un des procédés, maintenant classiques, de l'hystérectomie abdominale partielle ou totale. Entre autres exemples des succès que donne cette pratique, je citerai la grossesse extra-utérine intra-pariétale, que Rosenthal (1) a enlevée par hystérectomie sus-vaginale, en janvier 1896, et dont il a publié l'observation avec une planche donnant une bonne idée de la situation du kyste fœtal. En l'absence des indications tirées de la bilatéralité des lésions annexielles ou de la coexistence d'une affection utérine réclamant l'hystérectomie, l'*ablation par laparotomie* reste donc bien la seule opération rationnelle à pratiquer *dans tous les autres cas*.

Le manuel opératoire de l'*ablation par hystérectomie vaginale* est conforme à celui que j'ai décrit (2), l'an dernier, dans la revue de Pozzi, à propos des tumeurs annexielles bilatérales

(1) Rosenthal (de Saint-Pétersbourg). Un cas de grossesse extra-utérine intra-pariétale. Traduction française, par Mme Rechtsamer. *Ann. de gynéc.*, 1897, t. XLVII, p. 223.

(2) Paul Segond. Des tumeurs annexielles bilatérales qu'il convient d'enlever par voie vaginale avec hystérectomie. *Revue de gyn. et de chir. abd.* Paris, 1897, p. 205.

qu'il convient d'enlever par voie vaginale, avec hystérectomie. Variable suivant les cas particuliers, variable aussi, comme les tendances de chaque opérateur, il n'est jamais qu'une application particulière de la méthode de Péan.

De son côté, la technique de l'*ablation par laparotomie* ne présente rien de spécial et l'*extirpation du kyste fœtal* se fait, d'habitude, aussi facilement que celle d'une annexite banale. Les seules difficultés possibles proviennent de l'hypervascularisation habituelle des parties à enlever et des adhérences qui sont, pour ainsi dire, inséparables de toute grossesse ectopique. Il faut donc se méfier des déchirures viscérales, et surtout des hémorrhagies, lesquelles peuvent être très abondantes ou même mortelles. Doléris (1) en a cité des exemples probants. Mais, les perfectionnements actuels de notre technique, et surtout l'usage de la position déclive « permettent d'autant moins de pareils accidents que l'arrêt de l'hémorrhagie s'obtient du fait même de l'extirpation du kyste fœtal (2) ». Aussi, peut-on dire que, presque toujours, l'ablation se fait assez bien pour qu'il soit possible de terminer par fermeture complète de la plaie abdominale, sans drainage et sans enlever autre chose que le kyste fœtal lui-même.

Ceci soit dit, aussi bien pour les formes habituelles de la grossesse ectopique, que pour celles qui sont développées dans une *corne utérine rudimentaire*. Des faits assez nombreux, et notamment ceux de Beckmann (3), démontrent, en effet, que le développement du pédicule utérin est, d'ordinaire, assez petit pour qu'il soit facile de ne pratiquer que

(1) DOLÉRIS. *Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie*. Paris, 1889, p. 409.

(2) LABADIE-LAGRAVE et F. LEGUEU. *Traité médico-chirurgical de gynécologie*. Paris, 1898, p. 1103.

(3) BECKMANN. Beitrag zur Graviditäten im rudimentären Uterushorn. *Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynæk.*, XXXV, 1. (Citation de Legueu.) Voir en outre : SÄNGER. *Arch. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXIV, p. 332. — BANDL, Die Krankheiten der Tuben, p. 53. — L. LANDAU. *Deut. med. Woch.*, 1890. p. 593. — TH. WYDER. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XLI, p. 183. — C.-L. WILKINS. *John Hopkin's Hosp. Rep.*, 1896, vol. VI, p. 113.

l'ablation du kyste fœtal, sans trop entamer l'utérus lui-même.

Il va de soi, pourtant, que tout ceci n'a rien d'absolu, et que si le siège du kyste fœtal ou l'étendue des adhérences le commande, il faut savoir recourir à tous les artifices des laparotomies difficiles ou ne pas reculer devant les indications d'une ablation plus complète. Les difficultés de l'énucléation, la nécessité de ne pas refermer le ventre et de terminer par drainage ou tamponnement des parties saignantes peuvent être créées, soit par l'importance des *adhérences*. soit par le *siège intra-ligamentaire* ou *sous-péritonéo-pelvien* de la grossesse. Quant à l'obligation d'enlever plus que le kyste fœtal et de compléter l'opération par une *hystérectomie partielle ou totale*, nous la trouverons surtout dans les grossesses ectopiques compliquées de lésions inflammatoires, et fixées par des adhérences particulièrement vasculaires. En cas de grossesse ectopique évoluant normalement, cette obligation ne peut venir que du *siège tubo-interstitiel du kyste fœtal*. La pédiculisation est alors si difficile, l'hémostase si délicate et la résection utérine nécessaire, toujours si étendue, que souvent, le plus simple est de tout enlever. C'est ce que Potherat a fait avec succès par voie vaginale. Mais, comme je l'ai dit plus haut, il est maintenant inutile de procéder de cette manière, et, *toute grossesse interstitielle, reconnue par laparotomie, relève immédiatement de l'opération de Porro, de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.*

Par opposition à cette intervention radicale, on se souviendra que, dans les cas de grossesse interstitielle, Kelly (1) (de Baltimore) a conseillé la simple *ouverture intra-utérine du sac*, à l'aide d'une sonde rigide introduite dans la matrice, après dilatation du col, et poussée, d'une main, contre la poche qu'elle doit effondrer, pendant que l'autre main, passée par la plaie abdominale, immobilise et soutient le fond de l'utérus. Je ne sais pas ce que vaut cette manœuvre essentiellement conser-

---

(1) HOWARD A. KELLY. *Operative Gynecology*. New-York, 1898, vol. II, p. 463.

vatrice. Mais elle paraît, *a priori*, très rationnelle; son manuel est simple; et le chirurgien qui la conseille est un homme de trop haute valeur pour qu'à l'occasion, on ne cherche pas à l'imiter, notamment dans les cas anatomiquement semblables à celui qui est dessiné dans le récent travail de Jones W. Taylor (1). On y voit, en effet, un sac interstitiel à peu près médian, dont l'axe continue presque directement celui de la cavité utérine, et, avec pareille disposition, l'évacuation par l'utérus présenterait les meilleures conditions de succès.

II. — **Traitement des grossesses extra-utérines de moins de cinq mois compliquées.** — Les complications des grossesses ectopiques de moins de cinq mois forment deux groupes principaux : *les complications hémorrhagiques* et les *complications septiques ou suppuratives*.

A. — Traitement des complications hémorrhagiques. — Les *complications hémorrhagiques* des grossesses ectopiques commencent avec l'*hémato-salpinx*, pour trouver dans l'*inondation péritonéale* leur maximum d'expression. Elles forment donc une longue série dont tous les termes sont commandés par l'abondance de l'hémorrhagie, laquelle dépend, à son tour, de facteurs multiples, tels que l'état du péritoine et la nature anatomique de la cause immédiate de l'hémorrhagie (*avortement ou rupture tubaire*). Ce n'est pas ici, du reste, le lieu de développer les considérations pathogéniques dont Labadie-Lagrave et Legueu ont donné la meilleure formule, en disant, d'une manière générale, et réserve faite des cas exceptionnels, que « les chances d'hémorrhagie maxima seront réalisées dans les cas de rupture se faisant dans un péritoine sain; celles d'hémorrhagie minima, dans les cas d'avortement avec séreuse cloisonnée ».

Ce que je veux simplement rappeler, c'est la multiplicité de toutes les formes d'hémorrhagie qui s'échelonnent depuis l'hématosalpinx pur, jusqu'à l'inondation péritonéale propre-

---

(1) Jones W. Taylor. Extra-uterine pregnancy. *The British Gynec. Journal*, août 1898, p. 257.

ment dite. Et cela, pour montrer, dès maintenant, que les formules thérapeutiques absolues trouveront toujours, ici, des correctifs dans les inévitables variétés de la clinique. Cette réserve étant spécifiée, je crois, cependant, qu'en prenant dans cette série les deux termes extrêmes (l'*hématosalpinx* et *l'inondation péritonéale*), et deux de ses termes intermédiaires (l'*hématocèle classique* et l'*hématocèle à poussées hémorrhagiques successives*), on peut donner une certaine précision aux règles thérapeutiques dont relèvent ces quatre complications. Les cas intermédiaires à ces quatre variétés maîtresses resteront, à la vérité, sujets à discussion. Mais la détermination de leur meilleur traitement n'en trouvera pas moins, dans la classification précédente, ses bases les plus sûres.

1° *Traitement de l'hématosalpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intrapéritonéale, mais constituant une tumeur énucléable en totalité.* — Tout le monde s'entend, ou à peu près, sur le traitement de cette première variété, et je ne pourrais insister, sans répéter ce que j'ai dit à propos des grossesses de moins de cinq mois évoluant normalement. On sait, du reste, comme l'observent Labadie-Lagrave et Legueu, que, « en fait, le chirurgien qui opère une grossesse extra-utérine non rompue se trouve le plus souvent en présence, non pas d'une grossesse en voie d'évolution, mais d'un hématosalpinx ». J'ajoute que, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'y a pas d'*erreur de diagnostic* qui puisse faire regretter l'intervention. A moins d'erreur par trop grossière, et par conséquent négligeable, les seules affections susceptibles de simuler un hématosalpinx ne sont jamais que des tumeurs à enlever. Pour ma part, j'ai commis trois fois une erreur de ce genre, et, dans ces trois cas, il s'agissait de petits kystes ovariens compliqués de torsion pédiculaire et de pelvi-péritonite adhésive. Je me contenterai donc de rappeler que l'hématosalpinx est absolument justiciable du même traitement que la grossesse ectopique évoluant normalement. L'un et l'autre sont énucléables et, qui plus est, d'habitude unilatérales. Il n'y a donc pas de doute ; *la seule conduite rationnelle est d'enlever les annexes malades.*

Cette règle est applicable aussi bien aux hématosalpinx vrais qu'aux *hématosalpinx compliqués d'effraction sanguine intrapéritonéale*, à la condition que l'ensemble de la tumeur sanguine paraisse énucléable et qu'elle ne s'approche pas assez des culs-de-sac vaginaux pour qu'on soit tenté de lui choisir cette voie d'évacuation. On me reprochera, sans doute, de ne pas être plus explicite ; mais, en vérité, je ne m'en sens pas capable. En disant que les hématomes énucléables proviennent plus souvent des avortements que des ruptures tubaires, les choses n'en seraient pas plus claires. Quoi qu'on fasse, il y a toujours des cas limites, ne relevant que de l'initiative individuelle, et la règle dont je parle n'en demeure pas moins la bonne règle : *toute hémorrhagie constituée par un hématosalpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intrapéritonéale, mais offrant les caractères d'une tumeur énucléable en totalité, relève uniquement de l'ablation par laparotomie.*

Est-il possible d'être plus conservateur ? Muret (de Lausanne) (1) l'espérait en 1893, lorsqu'il écrivait que l'évacuation ou le raclage de la trompe malade serait l'idéal du traitement, dans les cas d'avortement tubaire incomplet. Martin et Kelly ont eu la même pensée et l'ont mise en pratique, le premier par le vagin, et le second par laparotomie. Martin (2) a publié, en effet, une observation dans laquelle il a, par voie vaginale, incisé la trompe, enlevé une petite môle tubaire et refermé l'organe. Et, de son côté, Kelly (3) conseille de tenter la conservation des trompes par le même moyen, quand la nature des lésions et l'état de la malade ne s'y opposent pas. Ces tentatives sont intéressantes à connaître ; mais, Muret (4) le concède

---

(1) MURET (de Lausanne). Beitrag zur Lehre der Tubenschwangerschaft. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäk.*, 1893, vol. XXVI, p. 31, 50 et 58.

(2) MARTIN. Zur Kenntniss der Tubärschwangerschaft. *Monatss. für Geburts. und Gynaek.* Berlin, 1897. Band V, Heft 1, p. 8.

(3) HOWARD A. KELLY. *Loc. cit.*, p. 463.

(4) MURET (de Lausanne). Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide. *Revue de gynéc. et de chir. abdom.*, n° 2, p. 195.

lui-même, elles ne seront jamais que des interventions exceptionnelles, aussi exceptionnelles que les « cas d'avortement tubaire avec môle en état de régression ». Et, par conséquent, nous n'avons pas à modifier notre règle de conduite, qui est bien « d'extirper la trompe gravide avec son contenu » et de faire, en définitive, l'ablation totale des annexes intéressées.

Il n'y a qu'*une exception* à ce précepte, la même exception que pour les grossesses ectopiques non compliquées. Elle existe quand l'invitation opératoire est *bilatérale*, quel que soit, d'ailleurs, le diagnostic précis des lésions propres à chacune des annexes. Dans les cas de ce genre, et j'en ai vu plusieurs, on se trouve en face des indications comparées de l'opération de Péan et de la laparotomie. Je n'ai plus à dire comment et pourquoi je conseille, en pareille circonstance, d'opter pour la voie vaginale, conseil que Bouilly a si bien consacré depuis, en disant que l'hystérectomie par morcellement est « l'unique opération des ablations annexielles bilatérales quand elles sont très nettement indiquées ». Mais, pour éviter tout malentendu, je tiens beaucoup à spécifier qu'en présence d'une femme atteinte de lésions bilatérales des annexes, avec diagnostic ou soupçon de grossesse ectopique, je ne considère l'opération de Péan comme l'intervention de choix que durant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse, alors qu'on est sûr de ne pas trouver un placenta trop volumineux dont les fragments pourraient échapper, rester dans la cavité pelvienne et devenir une cause d'infection. Toutes les fois que l'âge de la grossesse peut inspirer cette crainte, qu'il y ait ou non bilatéralité des lésions, c'est à coup sûr à la laparotomie qu'il faut rendre la préférence. Suivant la complexité du cas, on procède alors, soit à l'ablation des annexes seules, soit à la castration utéro-annexielle totale, en se guidant sur les indications dont j'ai parlé à propos des grossesses ectopiques non compliquées.

2° *Traitement de l'hématocèle enkystée.* — En cas d'hématocèle, la netteté de l'invitation opératoire peut prêter à discussion. Naguère encore, il était classique de considérer un grand nombre d'hématocèles comme uniquement justiciables de

l'expectation, de réserver le bistouri pour les cas inquiétants, soit par la gravité des phénomènes de compression, soit par la production de poussées hémorrhagiques nouvelles entraînant l'augmentation de volume de la tumeur, soit enfin par des menaces de péritonite ou de suppuration de la poche. Et, il convient de ne pas l'oublier, cette conduite n'était pas sans valeur. Elle a, maintes fois, donné la guérison d'épanchements même très volumineux. Mais au prix de quelles lenteurs! Aussi bien, grâce à la suppression des complications septiques, dont la crainte légitime retenait nos prédécesseurs, grâce à la sécurité de nos interventions actuelles, la proportion des cas à opérer et des cas à respecter s'est-elle tout à fait renversée. Sans doute, il existe encore des hématocèles qui éveillent trop peu de réaction et qui ont une tendance trop réelle à la résorption spontanée pour que les avantages d'un traitement non chirurgical soient contestables, mais ces variétés médicales sont la minorité.

Toute hématocèle de quelque importance doit être aujourd'hui considérée comme « une menace permanente de danger, exposée qu'elle est, à toute époque de son évolution, à l'infection, la suppuration et toutes leurs conséquences (1) ». Sans attendre que les phénomènes de compression, l'accroissement de la tumeur ou des signes plus ou moins tardifs de suppuration nous forcent la main, il nous suffit donc, pour opérer, que la tumeur soit grosse, et, par conséquent, incapable de se résorber sans beaucoup de lenteur. Pour établir le bien fondé de cette nouvelle attitude, nous n'avons pas seulement la conviction de sauver les malades en cas d'hématocèle menaçante, ou, dans les cas plus simples, la certitude d'abréger de beaucoup la guérison ; nous savons aussi, par expérience, que les surprises d'un diagnostic inexact, ne pouvant nous conduire que sur une tumeur pelvienne relevant de la chirurgie, ne sauraient jamais nous faire regretter notre détermination. Ceci soit dit aussi bien pour les interventions par les voies naturelles que pour la laparotomie.

---

(1) THÉVENARD. *Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine.* Thèse de doctorat, Paris, 1896.

Si l'entente est à peu près faite au point de vue de l'intervention envisagée d'une manière générale, il n'en va certes pas de même quand il s'agit de savoir s'il vaut mieux intervenir par le vagin que par le *ventre*. Les divergences qui nous séparent ne se sont jamais mieux dessinées qu'à la Société de chirurgie, lors de la discussion soulevée par Picqué en 1896. Tandis que Bouilly (1), Schwartz (2), Routier (3), Ricard (4), Tuffier (5), Picqué (6), et moi-même, nous préconisions, avec nombreux faits à l'appui, les avantages de la colpotomie dont les chirurgiens lyonnais sont, de leur côté, partisans convaincus ; Terrier (7), Chaput (8) et Reynier (9) repoussaient avec énergie cette intervention pour n'admettre que la laparotomie. On sait, du reste, que cette même différence de vue existe à l'étranger. Zweifel (10), Gusserow (11), Fritsch (12), Kelly (13), William D. Haggard (14), y sont les principaux défenseurs de la colpotomie, alors que d'autres chirurgiens, comme Lawson Tait (15), Sänger (16), Dührssen (17), Ros-

(1) BOUILLY. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1896, XXII, p. 86.

(2) SCHWARTZ. *Ibid.*, p. 54.

(3) ROUTIER. *Ibid.*, p. 49.

(4) RICARD. *Ibid.*, p. 117.

(5) TUFFIER. *Ibid.*, p. 108.

(6) PICQUÉ. *Ibid.*, p. 30.

(7) TERRIER. *Ibid.*, p. 119.

(8) CHAPUT. *Ibid.*, p. 70.

(9) REYNIER. *Ibid.*, p. 44, 113, 706.

(10) ZWEIFEL. *Arch. für Gyn.* Band XLI, Heft 1.

(11) GUSSEROW. *Arch. für Gyn.* Band XXXIX, Heft 1.

(12) FRITSCH. *Traité des mal. des femmes.* Trad. franç. de I. Stas (d'Anvers), 1898, p. 466.

(13) HOWARD A. KELLY. *Loc. cit.*, p. 453.

(14) WILLIAM D. HAGGARD. Vaginal incision and drainage in certain cases of ruptured ectopic gestation. *The Am. gyn. and obst. Journal.* N.-Y., 1898, vol. XIII, n° 1, p. 35.

(15) LAWSON TAIT. *Traité clinique des mal. des femmes.* Trad. franç. de Bétrix, Paris, 1891.

(16) SÄNGER. *Cent. für Gyn.*, 1893, n° 25,

(17) DÜHRSSEN. *Arch. für Gyn.*, 1897, Band LIV, Heft 2.

sier (1), Fehling (2), W. Taylor (3), Muret (4), Henrotay (d'Anvers) (5) et Giglio (6) restent partisans décidés de la laparotomie. Et je dois ajouter qu'à l'étranger, comme en France, quelques-uns des champions de l'une et l'autre méthode font parfois montre d'une telle intransigeance, qu'à première vue, il paraît assez délicat de savoir où est la vérité. Je crois néanmoins qu'en mettant à cette discussion un peu moins de passion, et surtout en faisant une large part aux concessions réciproques que les variétés cliniques imposent tôt ou tard aux formules irréductibles, il n'est pas trop malaisé d'y voir clair et d'arriver à mieux s'entendre.

Il y a d'abord toute la série des faits dont l'une ou l'autre opération se réclame pour affirmer sa valeur, et devant lesquels colpotomistes et laparotomistes doivent s'incliner. Je veux dire, par là, que si les succès relatés par Terrier, Reynier et Chaput, par exemple, sont tout à fait remarquables, les guérisons publiées par les partisans de la colpotomie ne le sont pas moins. Et, il en résulte peu d'éclaircissement pour le point litigeux. Par bonheur, à côté des statistiques, il y a leur interprétation, il y a les insuccès, publiés ou non, mais possibles avec l'une et l'autre opération. Il y a surtout les enseignements directs que chacun de nous puise dans sa pratique personnelle. Et, quand on se place à ces divers points de vue, il devient assez simple d'en dégager les termes d'une entente plus commune. Le simple rappel des arguments contradictoires que les colpotomistes opposent aux laparotomistes suffit à le démontrer.

---

(1) Rossier. *Cent. für Gyn.*, 1897, p. 816.

(2) Fehling. Die Bedeutung der Tubenruptur und des Tubäraborts für Verlauf, Prognose und Therapie der Tubärschwangerschaft. *Zeitschrift für Geburts. und Gynäk.* Band XXXVIII, Heft 1.

(3) W. Taylor. Extra-uterine pregnancy. *The British Journal*, mai 1898, p. 75 et août 1898, p. 219.

(4) Muret. *Loc. cit.*

(5) Henrotay. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897.

(6) Giuseppe Giglio. 12 casi di hematocele pelvico intraperitoneale da aborto tubarico e tubo-ovarico. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1898, n° 5, p. 377 et n° 6, p. 465.

Bien entendu, je laisserai dans l'ombre les arguments, ou mieux les sentiments comme ceux dont le professeur Terrier s'est inspiré pour déclarer qu' « il y aura toujours des chirurgiens qui n'aimeront pas, *et pour cause*, à ouvrir le péritoine par la voie hypogastrique ». Ce « *et pour cause* » est tout ce qu'il y a de plus suggestif, et le professeur Terrier possède, à la vérité, tous les droits de réserver sa confiance chirurgicale à de très rares élus. Mais il nous concédera bien, j'espère, que, parmi les défenseurs de la colpotomie, il y en a quelques-uns, si peu nombreux qu'ils puissent être, qui ne laparotomisent pas par trop mal; et, en tous cas, je ne crois pas que ces impressions, toutes personnelles, puissent jamais peser d'un grand poids dans la discussion, pas plus, du reste, pour les laparotomistes que pour les partisans de la voie vaginale, lesquels auraient peut-être, eux aussi, quelque motif de s'abandonner, en sens inverse, à des suspicions très similaires. Arrivons donc aux vrais arguments.

Les laparotomistes reprochent à l'incision vaginale :

a) D'exposer à l'infection consécutive de la poche.

b) D'empêcher toute action directe sur la source même de l'écoulement sanguin et d'exposer ainsi les opérées à l'éventualité d'une hémorrhagie nouvelle.

c) De ne pas permettre l'évacuation complète des caillots.

d) De laisser enfin, dans la cavité pelvienne, des lésions annexielles qu'il est impossible de bien reconnaître et qui peuvent, tôt ou tard, exiger une autre intervention.

Ils ajoutent qu'avec la *laparotomie*, aucun de ces inconvénients n'est à redouter, et que, dans tous les cas, elle donne avec la sécurité d'une *asepsie parfaite* et la satisfaction d'une *toilette complète*, la précieuse possibilité d'*enlever les annexes*, quand leurs altérations l'exigent.

Sans méconnaître la réelle portée de quelques-unes de ces objections qui, du reste, se renouvellent toutes les fois que les partisans de la chirurgie vaginale se mesurent avec l'intolérance de quelques laparotomistes, je ne crois pas difficile de remettre les choses à leur vraie place.

Des *quatre reproches* faits à l'incision vaginale, il en est d'abord un qui pouvait être exact autrefois, mais qui porte à faux aujourd'hui, c'est le premier. Grâce aux perfectionnements actuels de notre pratique, il est, en effet, toujours facile d'assurer l'asepsie d'une poche d'hématocèle, aussi bien quand elle est incisée par le vagin, que lorsqu'elle est ouverte par le ventre.

Restent les *trois autres*, et bien qu'ils renferment une part de vérité, ils ne sont pas beaucoup plus compromettants pour la cause de la colpotomie. Pour qu'il en fût autrement, il faudrait, en effet, démontrer d'abord que la *découverte de la source de l'hémorrhagie*, que *l'évacuation complète des caillots* et que *l'ablation totale des annexes*, et même de la *poche*, sont les trois conditions *sine qua non* de la guérison. Or, il n'est rien de plus contestable.

Sans doute, l'impossibilité de découvrir la *source même d'une hémorrhagie* constitue toujours une cause d'infériorité indiscutable, et, dans l'hématocèle en particulier, lorsqu'on a lieu de croire que la déchirure tubaire saigne encore, il serait, à coup sûr, fort imprudent de vouloir toujours se contenter de la colpotomie. A défendre pratique semblable, on propagerait une doctrine tout aussi mauvaise, et, qui plus est, beaucoup plus dangereuse que celle des laparotomistes quand même. Mais, tel n'est pas du tout mon cas personnel, ni celui des chirurgiens qui, par un éclectisme nécessaire, reconnaissent fort bien les indications possibles de la laparotomie, tout en réclamant pour la colpotomie ce qui doit lui revenir. Quand nous parlons des hématocèles qu'il faut colpotomiser, nous parlons seulement des hématocèles qui, manifestement, ne saignent plus. Elles ne sont que le reliquat d'une hémorrhagie annexielle tarie, et dès lors, l'impossibilité de découvrir la source de l'hémorrhagie nous importe peu. D'autant que si, malgré nos prévisions, le sang venait à couler, il serait toujours temps, soit de terminer par une hystérectomie vaginale, soit de pratiquer la laparotomie, soit même d'enlever simplement, par la brèche vaginale, les annexes coupables.

Le *nettoyage incomplet de la poche hématique* n'est pas

un argument plus sérieux, puisque, des faits nombreux l'ont prouvé : peu importe que la poche ne contienne que des caillots ou qu'elle renferme fœtus et placenta ; dans la majorité des cas, l'évacuation pure et simple de ce qui veut bien s'écouler, avec abandon volontaire de tout ce qui ne sort pas facilement, suffit à la guérison.

La *difficulté d'exploration avec abandon systématique des annexes* serait en somme l'accusation la plus grave. Mais, d'une part, nous pouvons répondre que si l'incision vaginale reste à coup sûr très inférieure à la laparotomie, au point de vue de l'exploration, elle permet cependant de recueillir des renseignements suffisants. C'est une vérité reconnue par tous ceux qui ont quelque expérience de la chirurgie vaginale. D'autre part, nous ne voyons pas du tout que l'abandon systématique des annexes soit un argument sans réplique. Car, s'il est exact que cet abandon puisse conduire parfois à une intervention ultérieure, il n'en reste pas moins acquis que, le plus souvent, les lésions annexielles sont, comme l'observent Labadie-Lagrave et Legueu, assez légères pour guérir spontanément, et dans ces cas, « l'incision vaginale a tous les avantages de l'opération d'attente qui permet de remplir les indications de l'heure présente, sans engager l'avenir ».

Pour s'édifier à ce propos, il suffit de parcourir les faits publiés. Nous en possédons, Pinard et moi, plusieurs dans lesquels l'incision vaginale nous a donné, non seulement la guérison opératoire, mais aussi la cure définitive, avec disparition authentique des reliquats anatomo-pathologiques dont on exagère la fréquence et la valeur, au profit de la laparotomie. D'autres chirurgiens sont non moins documentés, et voici, par exemple, ce que nous apprend Bouilly : « Mes premières opérations, dit-il, datent de quatre ou cinq ans. Plusieurs ont été faites sur des femmes de confrères ou sur des malades de la ville que j'ai eu souvent l'occasion de revoir. Aucune n'a présenté le moindre accident éloigné, et l'examen local démontre une intégrité telle des culs-de-sac qu'il est impossible de soupçonner les graves lésions dont ils ont été, naguère, le siège. »

A supposer, du reste, que l'incision vaginale soit pratiquée sur une femme dont les annexes réclament l'ablation, le toucher fait par l'incision est, quoi qu'on en ait dit, suffisant pour le reconnaître. Et rien n'est alors plus simple que de remplir l'indication, en pratiquant, séance tenante, l'hystérectomie vaginale. *On peut même n'enlever que l'une des annexes, sans toucher à l'utérus.* Je l'ai fait moi-même par exception; Routier et Bouilly ont cité des cas analogues; et chacun sait les beaux succès que cette manière de faire a donnés aux chirurgiens lyonnais, notamment à Condamin et à Goullioud. Je reconnais cependant que ces ablations annexielles, par voie vaginale, sans hystérectomie, ne sauraient être que des opérations d'exception, dangereuses à trop vulgariser. Mais, elles n'en sont pas moins, à leur tour, une preuve que l'avenir de la colpotomie n'a rien à redouter de cette double et dernière accusation : *imperfection de l'exploration*, *abandon systématique des annexes*. Et franchement, si tenant compte de toutes les remarques précédentes, on veut bien se souvenir, en outre, de la *simplicité* et surtout de la *bénignité* particulière de la *colpotomie*, il paraît difficile de ne pas reconnaître *les avantages de cette opération dans le traitement de l'hématocèle.*

La *laparotomie* n'en conserve pas moins sa valeur, en tant qu'opération secondaire. Elle est, en outre, la seule opération rationnelle à pratiquer d'emblée quand la colpotomie se heurte à quelque difficulté imprévue, comme le *retour offensif de l'hémorrhagie* ou la constatation de *lésions annexielles* trop grosses pour être négligées, et quand il est, par exception, vraiment impossible de remplir, par le vagin, les indications voulues. Mais, c'est tout ce qu'on doit lui concéder. Quant à lui conférer, dans tous les autres cas, le droit de préséance, nous ne pouvons y souscrire. Pour nous convaincre d'erreur, il ne suffit pas de nous dire que la laparotomie est, par excellence, aseptique et exploratrice; nous le savons très bien. Ce qu'il faudrait établir, c'est qu'elle n'est pas plus dangereuse que la colpotomie; et j'imagine que la démonstration serait délicate. Il importerait enfin, et surtout, de prouver qu'elle

donne toujours la possibilité d'enlever toutes les parties malades, ainsi que cela est pour les tumeurs hémorrhagiques précédemment étudiées. Mais quand nous parlons d'hématocèle classique, nous parlons de tout autre chose. De pareilles collections ne s'enlèvent pas ; elles ne s'enlèvent pas plus par le ventre que par le vagin. Et par conséquent, ce que nous avons de mieux à faire, c'est de les évacuer en réduisant au minimum le coefficient traumatique de l'intervention.

La conclusion est donc celle-ci : *En présence de l'hématocèle enkystée, c'est l'incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix. Quant à la laparotomie, elle est seulement nécessaire quand la colpotomie rencontre quelque difficulté imprévue, comme le retour offensif de l'hémorrhagie, ou fait découvrir des lésions annexielles trop grosses pour être négligées et quand il est vraiment impossible de remplir par le vagin les indications voulues.*

L'*incision vaginale* n'est pas seulement applicable à l'hématocèle rétro-utérine proprement dite, elle conserve sa supériorité aussi bien dans les collections plus *latérales*, comme le fait observer Bouilly, que dans les *hématocèles sous-péritonéo-pelviennes* d'Huguier.

Quelques cas particuliers peuvent toutefois conduire à choisir une *autre voie d'évacuation*. Tel est, par exemple, ce fait d'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne que Lejars (1) a traitée avec succès par *incision ischio-rectale*. Pour des raisons topographiques analogues, quand la poche bombe fortement, non plus vers le bas, mais au-dessus du ligament de Fallope, il peut être, par exception, avantageux de recourir à la *laparotomie sous-péritonéale* conseillée par Pozzi, à la condition, cependant, de pratiquer une contre ouverture dans le vagin, pour assurer le drainage au point déclive. Quant à la *laparotomie transpéritonéale*, avec nettoyage complet du foyer et suture de la poche au-dessus d'un drain en croix sortant par le vagin,

(1) LEJARS. Un fait d'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne traitée par l'incision ischio-rectale. *Ann. de gynéc.*, Paris, 1895, t. XLIV, p. 449.

elle a sans doute donné de fort beaux succès à Martin (9 succès sur 10) ; mais, d'une part, elle exige la possibilité d'isoler une poche, possibilité bien exceptionnelle dans l'hématocèle vraie, et, d'autre part, je ne crois pas qu'il y ait jamais lieu de préférer cette intervention à la simple incision vaginale.

Bien que la technique de la laparotomie et de la colpotomie, pour hématocèle, soit très connue, j'en dirai cependant quelques mots.

La *laparotomie* comporte d'abord les temps suivants : *incision de la paroi abdominale ; ouverture et nettoyage de la poche hématique*. Quand celle-ci possède des parois isolables, rien de plus simple. Mais, encore une fois, c'est la grande exception, et, la plupart du temps, il n'y a pas de poche à disséquer. Comme le dit Bouilly, on tombe sur une masse hématique remplissant le bassin, « sous forme de sang liquide et surtout de caillots circonscrits par des anses intestinales agglutinées entre elles et avec la paroi abdominale, par l'épiploon épaissi, enflammé et souvent infiltré de sang dans ses mailles ». L'évacuation de ce magma et la toilette complète du péritoine sont alors plus complexes. On y arrive, cependant ; puis on doit procéder à l'ablation de la poche, à la recherche, à la pédiculisation et à l'*extirpation des annexes malades*.

C'est là le dernier temps, celui qui devrait être possible toujours, pour que la laparotomie fût l'opération idéale dont on parle si volontiers. Or, avec de bons doigts et de l'habitude, tout est possible. Mais, en médecine opératoire, possible ne veut pas dire indiqué ; et, dans le cas particulier, il ne faut pas oublier, que, très souvent, l'ablation de toutes les parties malades ne pourrait se faire qu'au prix des délabrements les plus graves. Aussi bien, quand on laparotomise pour hématocèle, faut-il s'attendre à la nécessité de faire une opération incomplète et de laisser en place les surfaces cruentées qui réclament le drainage et qui empêchent, par conséquent, de fermer complètement la paroi abdominale. C'est pour éviter ce dernier inconvénient que nombre de gynécologistes,

comme Doléris, Hofmeier, Martin, Rochet (1), prennent souvent le soin de *combiner la laparotomie à la colpotomie* pour confier le drainage à la contre-ouverture vaginale. Dans les cas de ce genre, et ils sont fréquents, la laparotomie donne, à la vérité, de beaux succès ; mais il faut alors beaucoup de parti pris pour la considérer encore comme idéale, simple et bénigne.

En fait, il s'agit là d'interventions fort complexes ; et, pour ma part, quand les lésions sont telles qu'elles exigent de gros tamponnements et qu'elles empêchent la fermeture complète de la plaie abdominale, je crois bien que la conduite la meilleure est alors d'aller jusqu'au bout, d'adopter la méthode américaine et d'*enlever l'utérus*. Trois avantages sont ainsi réalisés : le drainage vaginal est parfait, le pronostic opératoire est bon et la suture complète de la plaie donne à la cicatrice abdominale son maximum de solidité.

Contrairement à la laparotomie, l'*incision vaginale* est toujours on ne peut plus simple à pratiquer. Il est absolument inutile de se servir du thermocautère, d'employer une instrumentation particulière ou de recourir au manuel opératoire si complexe de l'incision vaginale antéro-postérieure, telle que Fritsch la conseille. L'incision doit être faite au bistouri, droit devant soi, au travers du cul-de-sac postérieur mis à découvert par un écarteur qui déprime la paroi vaginale postérieure, pendant qu'une pince à traction immobilise le col et le porte en avant. Le foyer une fois ouvert, la brèche vaginale doit être agrandie au maximum dans le sens transversal, soit avec deux coups de ciseaux, soit plus simplement et plus hémostatiquement avec les deux index. Une bonne manœuvre consiste à transformer l'incision transversale en incision en T, par débridement de la partie moyenne de sa lèvre inférieure jusqu'au point le plus déclive du cul-de-sac de Douglas. La brèche est

(1) ROCHET. 9 observations de grossesse tubaire rompue. *Bull. de la Soc. belge de gyn.*, Bruxelles, 1898, t. IX, n° 2, p. 32.

ainsi plus béante, l'écoulement se fait mieux et toute stagnation est impossible. On procède ainsi à l'évacuation du contenu, et, dans une mesure très prudente, on peut la faciliter, soit avec une curette, pourvu qu'elle soit tout à fait mousse, soit mieux encore avec une simple cuiller. Mais, on ne saurait trop le recommander, *la plus grande prudence et la plus grande douceur sont ici formellement nécessaires*.

Ce conseil date de Nélaton; et depuis, plusieurs opérateurs, comme Pinard, Gusserow et Fehling en ont reconnu la sagesse. Il faut éviter à tout prix, soit les manœuvres offensives à l'intérieur de la poche, soit même les pressions extérieures destinées à provoquer son *expression abdomino-vaginale*, sans quoi, on s'exposerait aux hémorrhagies les plus compromettantes pour le succès de l'intervention. Certains ne sont pas de cet avis et pensent avec Bouilly que « tout le secret de la guérison rapide et apyrétique, après cette incision vaginale, réside dans le soin mis, au moment de l'opération, à assurer l'évacuation complète de la cavité et à la débarrasser aussi complètement que possible des caillots ». Je m'explique mal cette divergence, et je reste convaincu que l'évacuation, pour être prudente, doit le plus souvent rester incomplète. Les résultats thérapeutiques n'en sont pas moins bons.

La sortie des caillots qui parfois entraînent avec eux, soit un; soit même deux fœtus, ainsi que je l'ai vu une fois, étant jugée suffisante, on s'assure, par un toucher très réservé, que le volume des annexes n'est point par trop anormal, puis on termine par la mise en place d'un gros drain flanqué de deux ou trois mèches de gaze aseptique ou iodoformée, et soutenu par un tamponnement lâche du vagin. A la moindre menace de rétention ou d'infection, les pansements seront journaliers, et chaque jour aussi, la poche sera lavée sous faible pression, *avec des liquides non toxiques*. Mais, en général, quand tout se passe sans menaces infectieuses, on se trouve bien des pansements plus rares, et on peut se contenter de faire des injections seulement vaginales, en confiant au tube à drainage, qu'on laisse en place une quinzaine de jours, le soin d'assurer

la détersion de la poche jusqu'à la guérison, laquelle est en général complète au bout de quatre semaines environ.

3° *Traitement de l'hématocèle à poussées hémorrhagiques plus ou moins répétées.* — Je sais fort bien que des poussées hémorrhagiques nouvelles, survenant au sein d'une hématocèle déjà constituée, ne font point de celle-ci une espèce nosologique particulière. Elles répondent simplement à l'une des modalités symptomatiques de l'hématocèle ordinaire. Mais, en se plaçant au point de vue du traitement nécessaire, l'*hématocèle à poussées hémorrhagiques successives* m'a paru présenter des indications qui la séparent assez de l'hématocèle enkystée classique, pour lui valoir un paragraphe spécial. En effet, lorsque l'hématocèle, bien que déjà constituée à l'état de collection sanguine enkystée plus ou moins récente, est cependant le siège actuel de poussées hémorrhagiques nouvelles, tout ce que j'ai dit des indications comparées de la colpotomie et de la laparotomie se trouve en quelque sorte renversé. La valeur de la *colpotomie* devient plus discutable et c'est la *laparotomie* qui doit être souvent acceptée comme l'opération de choix.

Certes, la *colpotomie* trouve encore ici ses indications, à la condition, cette fois particulièrement impérieuse, d'observer les règles de prudence et de douceur plus haut spécifiées. Entre autres faits à l'appui, je puis rappeler celui que j'ai déjà cité à la Société de chirurgie. Il s'agit d'une jeune femme atteinte d'hématocèle récente dont l'évolution était aggravée par des poussées hémorrhagiques successives. La tumeur sanguine énorme bombait dans le cul-de-sac postérieur avec ses caractères habituels. L'anémie était menaçante et l'état fort inquiétant. D'accord avec mon ami, le professeur Pinard, j'ai cependant tenté la cure par incision vaginale. Après évacuation des caillots, j'ai pu réséquer la trompe coupable de l'hémorrhagie. Elle pendait librement au milieu de la poche, et son excision s'est faite sans difficulté, au-devant d'une pince laissée à demeure. Le tamponnement simple de la cavité a suffi pour maîtriser toute hémorrhagie nouvelle et la jeune femme a rapidement guéri. L'opération date de trois ans ; depuis longtemps,

l'état local est parfait, l'utérus est mobile et la souplesse des culs-de-sac ne laisse aucun doute sur la disparition complète de tout empâtement péri-utérin. Cette observation est, on le voit, très concluante.

Je m'empresse toutefois de reconnaître qu'en pareil cas, les succès de la colpotomie ont quelque chose d'aléatoire. Chez des femmes semblables à celle que je viens de citer, le moindre retour offensif de l'hémorrhagie peut commander, sans retard, une tout autre intervention et les indications de la laparotomie deviennent urgentes. J'en ai fait moi-même l'expérience sur une femme de la clinique Baudelocque. L'incision vaginale d'une grosse hématocèle venait de se terminer, quand des symptômes brusques d'hémorrhagie interne nous ont fait ouvrir le ventre séance tenante. Nous avons trouvé une déchirure de la trompe qui donnait un jet de sang. Et malgré les bonnes conditions apparentes de notre intervention, malgré sa rapidité, l'opérée n'a pu se réchauffer. Nous l'avons perdue la nuit suivante. Mort d'autant plus déplorable que la déchirure tubaire était due, selon toute vraisemblance, à des manœuvres extérieures d'*expression abdomino-vaginale* de la poche. Les observations de cette nature sont instructives ; elles ne légitiment que trop les règles de prudence que je me suis efforcé de formuler ; et, soit dit en passant, c'est un fait analogue qui a fait abandonner à Fehling ses préférences premières pour la colpotomie. Mais, comme il y a bien des chances pour que des femmes aussi anémiées que celle dont je viens de parler ne puissent jamais survivre, quelle que soit l'opération ; comme dans les cas semblables au mien, la seule perte de temps se réduit aux quelques minutes exigées par la colpotomie, on aurait tort, en vérité, d'oublier les succès qu'elle peut donner avec tant de simplicité et de ne pas tenter la guérison par simple incision vaginale, quitte à changer de tactique immédiatement, ou dans les jours qui suivent. Toute la question est d'agir à temps, et très vite, sur des femmes dont l'épuisement ne soit pas encore tel qu'il défie les interventions les meilleures. Il est difficile de préciser davantage, et, c'est d'après les indications propres à tel ou tel cas particulier, qu'on doit opter pour l'une ou l'autre méthode.

4° *Traitement des hémorrhagies proprement dites* (*inondation péritonéale*). — Grâce aux nombreux travaux provoqués par les publications premières de Lawson Tait, cette complication terrible commence à posséder son histoire chirurgicale très complète. Possible à toutes les phases de la grossesse extra-utérine, même à son début, elle se produit surtout de la huitième à la douzième semaine. Parfois consécutives à l'*avortement tubo-abdominal*, les hémorrhagies graves et vraiment profuses sont presque toujours le résultat d'une *rupture tubaire*, rupture d'autant plus dangereuse que la grossesse est plus avancée et le péritoine moins malade. Le sang qui les constitue provient non pas seulement des sinus placentaires, comme dans les avortements tubaires, mais aussi, et surtout, de la tranche de section de la déchirure. C'est donc un jet artériel qui verse le sang à flots dans la cavité péritonéale, et certes, le qualificatif d'inondation n'a rien d'exagéré. Pendant que les caillots s'accumulent dans les parties déclives, et notamment dans les culs-de-sac pelviens, le sang liquide se répand dans le reste du ventre, s'insinuant entre tous les viscères et remontant jusqu'au diaphragme. C'est par litres qu'on peut évaluer sa quantité. Et, dans ces conditions si graves qu'elles peuvent menacer la vie d'une femme en quelques heures, à moins qu'elles ne la tuent d'une manière plus foudroyante encore, il y a vraiment lieu de s'étonner qu'on puisse encore discuter sur l'opportunité d'une intervention radicale et précoce.

L'*abstention* n'a pas moins ses partisans, et les arguments qu'ils invoquent ne sont pas sans portée. Ils se basent, en effet, sur la possibilité d'enkystement des hémorrhagies les plus abondantes ; et des hommes de la valeur de Barnes, Coë, Goyder, Byford, Neumann, Fehling, ne craignent pas de soutenir que les femmes reviennent assez souvent de leur ictus initial, pour qu'on ait le droit d'attendre. Il en est même qui poussent l'optimisme jusqu'à prétendre avec Condamin : *qu'il est de règle* que « les hémorrhagies consécutives à des ruptures tubaires, survenues dans les premiers mois, s'arrêtent spontanément ». Aussi bien, voyons-nous le même chirurgien, et son maître Laroyenne, considérer la laparotomie d'urgence comme une

opération détestable ; avancer que l'intervention « est contre-indiquée pendant la période cataclysmique, à moins qu'il ne s'agisse de rupture après grossesse extra-utérine de quatre mois » ; préconiser enfin l'expectation, dans les conditions que Condamin résume de la façon suivante : « Il faut attendre que le foyer soit bien enkysté et que l'état général de la malade, forcément très anémié, se remonte. L'intervention de choix est (alors) la ponction et le débridement vaginal, avec ou sans ablation des annexes malades. »

Que répondre à des affirmatives si catégoriques ? Une chose fort simple : c'est qu'elles sont en contradiction formelle, non plus seulement avec les statistiques premières de Lawson Tait qui, pourtant, démontraient si nettement la gravité du mal et l'efficacité de son traitement par laparotomie, mais avec la série, vraiment imposante, des faits qui se sont publiés depuis, et qui se publient tous les jours. Tous parlent, en effet, dans le même sens : ils prouvent jusqu'à l'évidence aussi bien les périls de l'abstention, que la haute valeur de la laparotomie. Et, quand on consulte les statistiques si consciencieusement relevées par Binaud (1), Choyau (2) et Cestan (3), lorsqu'on voit avec ce dernier auteur que « l'expectation fournit environ 86 p. 100 de mortalité et l'intervention 85 p. 100 de guérisons (4) », il est vraiment difficile de ne pas s'incliner devant la conclusion qui en découle.

Voici, du reste, quelques statistiques isolées qu'il n'est pas

---

(1) BINAUD. *De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale considérée particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire.* Th. doct., Paris, 1892.

(2) CHOYAU. *Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale, par rupture de grossesse tubaire.* Th. doct., Paris, 1896.

(3) CESTAN. *Des hémorrhagies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne.* Th. doct., Paris, 1894.

(4) CESTAN. Les hémorrhagies et l'hématocèle pelvienne intra-péritonéales. (Revue générale. *Gazette des hôpitaux*, 1896, n° 80, p. 801. et n° 82, p. 821.) Je ne saurais trop conseiller la lecture de cette revue générale ; je ne connais pas de travail qui résume aussi clairement et en si peu de pages, l'histoire des complications hémorrhagiques de la grossesse ectopique, et j'ajoute que les conclusions de l'auteur témoignent du meilleur sens chirurgical.

sans intérêt de reproduire : Sur 42 cas opérés, Lawson Tait (1) a eu 40 guérisons, soit 95 p. 100 ; Martin (2), réunissant la statistique la plus importante qui ait été publiée, trouve 585 cas opérés avec 445 guérisons, soit 76,6 p. 100, et 265 cas traités par l'expectation avec 106 guérisons, soit 36,9 p. 100; J. Ross (3) a opéré dans 29 cas avec 26 succès, soit 89,5 p. 100. Dans 7 cas, il a préféré attendre, et 5 cas ont guéri, soit 78,5 p. 100; J. Price (4) est intervenu dans 84 cas, et il a eu 81 succès, soit 96,4 p. 100. Dans un mémoire plus récent (5), basé sur 326 cas, empruntés à différents gynécologues, le même chirurgien trouve 282 guérisons, soit 86,5 p. 100 ; Gusserow (6) a opéré 20 fois et a eu 18 guérisons, soit 90 p. 100; Dührssen (7) a eu 4 succès sur 5 opérations, soit 80 p. 100. Parkes (8) dans 3 cas, Richardson (9) dans 8 cas, Rochet (10) dans 5 cas ont guéri toutes leurs opérées. Schulze-Vellinghausen (11) a réuni 48 cas, dont 6 personnes traitées par l'intervention précoce, avec 13 morts, soit 73 p. 100 de guérisons. Sur 18 laparotomies faites *in extremis* pour inondation péritonéale, Vasten (12) a eu 16 guérisons, soit 88 p. 100. Léopold (13) a opéré 98 cas avec une mortalité très faible. Tout dernière-

---

(1) LAWSON TAIT. *Lect. on ectop. pregnancy*, 1888, p. 31.

(2) MARTIN. *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 39.

(3) J. ROSS. *Amer. J. of Obst.*, janvier 1893.

(4) J. PRICE. *Ibid.*, 1892, p. 859.

(5) J. PRICE. *Ibid.*, 1894, p. 244.

(6) GUSSEROW. *Berl. klin. Woch.*, 31 mai 1892.

(7) DÜHRSSEN. *Deut. med. Woch.*, 1894, n°s 2 et 3.

(8) PARKES. *Amer. J. of Obst.*, janvier 1891.

(9) RICHARDSON. *Bost. med.*, 1893.

(10) ROCHET. *Bull. de la Soc. belge d'obst. et de gyn.*, 1893, 24 décembre.

(11) A. SCHULZE-VELLINGHAUSEN. *Ueber die Laparotomie wegen freier intra-peritonealen Blutung in Folge frühen Tubenschwangerschaft.* Dissert. inaug. Kiel, 1895.

(12) V. A. VASTEN. Soc. d'acc. et de gyn. de Saint-Pétersbourg. *Ann. de gyn.*, 1896, t. XLV, p. 405.

(13) LÉOPOLD. Soc. gyn. de Dresde, 1896, 8 décembre. *Cent. f. Gyn.*, 1897, p. 171.

ment enfin, Strauch (1) (de Moscou), dans un intéressant travail qu'il a bien voulu m'adresser, vient de publier l'analyse de 79 opérations pour grossesses ectopiques, toutes terminées par la guérison. On y relève 19 cas d'inondation péritonéale, opérés d'urgence et à domicile. J'ajoute qu'à cette heure, la statistique de notre collègue de Moscou est plus importante encore. Il en est à sa 91e opération et toujours sans aucun décès.

Comment ne pas s'incliner devant l'éloquence numérique de ce relevé ? Toutefois, — et j'imagine que ceux de mes collègues qui ont accepté le principe de l'intervention d'urgence, lors de la dernière discussion de la Société de chirurgie, ne me contrediraient pas, — il y a, pour chacun de nous, quelque chose de plus probant encore : ce sont les faits qui nous sont personnels, ce sont les femmes que nous avons laparotomisées mourantes et que nous avons, sans discussion possible, sauvées par la rapidité de notre action. Tout récemment, nous avons vu, Pinard et moi, un de ces exemples qui emportent la conviction : Il s'agissait d'une jeune femme, prise en pleine santé, et, sans doute, à la suite d'un excès génésique, par la brusque éclosion de tous les symptômes d'une abondante hémorrhagie intra-péritonéale. Grâce à la pressante insistance de son médecin, le Dr Darras, on ne s'est pas contenté de l'avis d'un premier consultant qui avait conclu à des troubles névropathiques et conseillé le bromure. Le professeur Pinard a été demandé ; il a reconnu les signes d'une hémorrhagie par rupture tubaire ; nous l'avons donc laparotomisée sans retard. L'abdomen contenait cinq litres non pas de sang pur, mais d'un liquide qui lui ressemblait fort ; et certes, lorsque nous avons, à l'ouverture du ventre, saisi d'emblée les annexes coupables (annexes gauches), lorsque nous avons vu le sang que versait encore la déchirure tubaire, nous aurions, je vous assure, plus que froidement accueilli tout rappel des doctrines dont Laroyenne et Condamin se font les

---

(1) STRAUCH. Analyse de 79 opérations pour grossesse extra-utérine (clinique gynécologique de Strauch et Vener). Moscou, 1898, 2 juin. Extrait du *Vratsch*, n° 18.

défenseurs. Nòtre malade allait mourir et nous l'avons sauvée ; ceci ne se discute pas. Et, je le répète, pour nous tous, partisans décidés de la laparotomie d'urgence, ce sont les faits semblables à celui que je viens de citer, les faits décisifs, comme ceux de Tuffier, de Michaux, de Demoulin, de H. Verneuil, pour citer les plus récents, les faits que nous avons vécus nous-mêmes, si je puis ainsi dire, qui, bien plus que les longues statistiques et les pourcentages, nous ont formé nos convictions sur les véritables périls de l'expectation.

On doit cependant une concession à ceux qui pensent autrement. A côté des inondations péritonéales, toujours mortelles, il y a certainement des hémorrhagies qui, malgré leur incontestable abondance, n'en sont pas moins susceptibles de s'enkyster. C'est ainsi que se forment les hématocèles proprement dites, celles dont il est, en effet, classique d'attendre l'enkystement et dont la période initiale, dramatique, comme on l'a nommée, n'exige par conséquent pas d'intervention chirurgicale. Il faut donc reconnaître que l'expectation peut avoir sa raison d'être. Comme toutes les formules absolues, celles des interventionnistes trouve ici son point faible ; et, quel que soit notre besoin de précision, il y aura toujours entre les inondations péritonéales réclamant, sans discussion, l'intervention immédiate, et les hémorrhagies qui, nettement, permettent d'attendre, une série de cas intermédiaires dont l'appréciation ne peut relever que de l'expérience et du tact individuel. Pour qu'il en fût autrement, il nous faudrait un moyen certain de déterminer les chances d'enkystement de telle ou telle hémorrhagie, et ce moyen-là n'existe pas. Demoulin (1) le disait excellemment au IXe Congrès de chirurgie, à propos d'un cas tout à fait remarquable de « grossesse tubaire terminée par une rupture et guérie par l'intervention, trois heures après le début des accidents ». Nous en sommes réduits aux probabilités, et, dans le doute, tous

(1) DEMOULIN. Sur un cas de grossesse tubaire terminé par rupture et guéri par intervention. *IXe Congrès de chirurgie*. Paris, 1895, séance du 26 octobre, p. 879

ceux qui ont vu par eux-mêmes ce que peut la laparotomie d'urgence opteront pour elle, sans jamais vouloir s'exposer au péril que dissimule fort mal la prétendue simplicité de l'expectation.

Tout en reconnaissant la concession que les abstentionnistes ont le droit de réclamer, je crois donc répondre au sentiment de la majorité en concluant qu'en présence d'une hémorrhagie intra-péritonéale grave, *la règle est d'intervenir le plus rapidement possible.* Encore une fois, nous ne contestons pas du tout que des hémorrhagies très graves puissent se tarir et s'enkyster. Nous savons très bien aussi que les renseignements numériques donnés par Cestan sur la gravité particulière de la laparotomie dans les tout premiers jours et sur l'amélioration de son pronostic quand la date s'éloigne davantage de la période cataclysmique semblent confirmer les idées de ceux qui conseillent d'attendre, pour intervenir, que le shock soit dissipé. Mais, quel que soit l'intérêt de ces nuances, nous restons convaincu qu'en pratique, il est prudent de les oublier, pour ne retenir que ce principe fondamental de toute bonne chirurgie, à savoir qu'en présence d'une hémorrhagie menaçant la vie d'un malade, il faut, tout de suite et toujours, découvrir et lier le vaisseau qui donne.

L'intervention sera donc radicale et précoce; c'est entendu. Mais, que veut exactement dire le qualificatif précoce? Théoriquement, il ne devrait avoir qu'un sens. Devant les premiers symptômes d'une inondation péritonéale, l'intervention immédiate est seule rationnelle.

Parmi les exemples de ces opérations vraiment immédiates, il y en a peu d'aussi remarquables que le fait récemment publié par H. Verneuil (de Bruxelles) (1). Il s'agit d'une femme à laquelle ce distingué chirurgien allait extirper une grossesse ectopique droite. Pendant la préparation de la malade, et probablement sous une pression manuelle extérieure, son kyste se

(1) H. Verneuil. Grossesse extra-utérine. Rupture du kyste. Laparotomie. *La Clinique*, Bruxelles, 1898, n° 30 du 28 juillet, p. 497.

rompt, son ventre, distendu par l'hémorrhagie, se gonfle brusquement et la laparotomie la sauve. Dix minutes ne s'étaient donc « pas écoulées entre le moment de la rupture et celui où la cavité péritonéale fut ouverte » ; et cependant la quantité de sang frais épanché pouvait être évaluée à près de 1,000 grammes. Le sang coulait de la brèche kystique avec une abondance qui peut être exactement comparée à celle que donne l'ouverture d'une artère de gros calibre ; et, sous l'inspiration du sentiment qu'on a toujours en pareil cas, Verneuil ajoute que « ce spectacle n'est pas fait pour ébranler la conviction de ceux qui pensent qu'il est bon de ne pas temporiser quand cet accident se déclare ».

Mais combien rares sont les faits comme celui-ci! Et, « dans la pratique, quelle différence entre la théorie et l'application ! » Bouilly le rappelle à très juste titre. A l'hôpital, ou dans une bonne maison de santé, rien de simple comme une laparotomie immédiate. Mais, en ville, alors qu'il est souvent dangereux de transporter une femme en état de shock hémorrhagique, deux ou trois heures sont un minimum pour réunir deux aides et le matériel indispensables. Aussi, est-il bon de savoir que « dans la plupart des cas, au moment où on opère ainsi d'urgence, le danger immédiat est conjuré, à moins qu'il ne s'agisse de ces énormes hémorrhagies cataclysmiques contre lesquelles on arrive toujours trop tard ». Ce qui n'est que trop fréquent, puisque Maygrier (1) a relevé 9 morts instantanées, sur 56 cas de ruptures tubaires mortelles.

Si cette remarque est très rassurante, si même elle prouve que, dans beaucoup de cas, on peut attendre « la journée ou même le lendemain, au grand bénéfice des malades qui sont plus éloignées du shock péritonéal et de l'anémie suraiguë », on doit se garder d'en exagérer la portée. Il convient, en particulier, de ne pas trop se dire avec Bouilly qu'en général, l'opération a plutôt pour résultat « de prévenir une nouvelle crise hémorrha-

(1) MAYGRIER. *Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine*. Th. agrégation, Paris, 1886, p. 33.

gique » que d'arrêter « une hémorrhagie en train de se produire » ; et tout compte fait — Bouilly le reconnaît très bien, du reste, puisqu'il admet, avec la gravité de l'accident, la nécessité d'y remédier sans retard, — le plus sage est d'en revenir aux conseils donnés par Harbert, en Amérique, dès 1849, très nettement formulés par Keller en 1872, et victorieusement vulgarisés par Lawson Tait, depuis 1886. C'est-à-dire qu'il faut accepter, en principe et sans restriction, *la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, et, en tout cas, aussi précoce que possible* (1).

Notons que dans le cas d'une erreur de diagnostic, on n'aura jamais à regretter d'avoir laparotomisé, et, bien entendu, je n'ai pas à relever ici l'erreur consistant à méconnaître l'existence d'une hémorrhagie tubaire pour croire à un *empoisonnement*, à une *congestion pulmonaire*, voire même au *choléra*, erreurs singulières et résultant sans doute d'un examen local assez imparfait. Je ne veux parler que des erreurs raisonnables. Or, que peut-on rencontrer? Une *hémorrhagie moins abondante* qu'on ne le supposait, ainsi qu'il arrive dans les faits sur lesquels Bouilly, Muret et Wisley-Bovée (2) (de Washington) ont récemment insisté, en montrant que les hémorrhagies minimes de certains avortements tubaires sont parfois susceptibles de provoquer l'ictus péritonéal et les symptômes apparents des hémorrhagies graves? un *kyste ovarien* avec torsion de son pédicule, ou compliqué d'une autre affection comme les coliques hépatiques ou néphrétiques? une *péritonite* quelconque? une *appendicite?*

---

(1) Les chirurgiens acceptant le principe de l'intervention d'urgence sont, à l'étranger comme en France, la presque unanimité. Et je crois bien que la doctrine inverse de Laroyenne et de Condamin ne trouvera que fort peu d'adeptes, aussi bien à Lyon qu'ailleurs, ainsi qu'en témoignent les opinions de Poncet (communication orale) et la lecture faite en mai dernier par Pollosson, à la Société des sciences médicales de Lyon, en faveur de la nécessité des interventions abdominales rapides. (*Semaine gynécologique*, 1898, n° 27, du 5 juillet, p. 215.)

(2) Wisley-Bovée. Tubo-ovarian hœmorrhage ressembling ruptured ectopic pregnancy. *The Amer. gyn. and obst. Journal*, 1898, vol. XII, n° 5, p. 593.

voire même une *appendicite coïncidant avec une grossesse ectopique*, ou bien encore un *étranglement interne?* Pas autre chose, en somme, qu'une affection pelvienne justiciable, elle aussi, de la laparotomie, et, par conséquent, alors même qu'on serait conduit à ne faire qu'une incision exploratrice, on peut dire qu'en obéissant à l'ordre opératoire que doit toujours donner l'éclosion des signes habituels de l'inondation péritonéale, nous n'aurons jamais à regretter notre initiative.

En présence d'une inondation péritonéale, il va de soi que, malgré l'opinion inverse de quelques très rares chirurgiens, il ne saurait être question d'*intervention par voie vaginale*, sous peine de s'exposer à d'incontestables périls. *La seule opération qui permette une hémostase rapide et sûre, c'est évidemment la laparotomie.* Sa *technique* est à peu près la même pour nous tous. Dès l'ouverture du ventre, et sans s'occuper du sang qui s'écoule, on doit immédiatement, et sans la moindre perte de temps, se porter vers les annexes qui saignent, les découvrir, les pédiculiser et les enlever. Ce premier temps doit toujours être très vivement conduit ; il s'exécute du reste facilement, grâce à la position renversée (1) de l'opérée, et, comme il n'est ici question que de grossesses ectopiques jeunes, la nécessité d'extirper tout le kyste fœtal doit être considérée comme la règle. L'obligation de se contenter d'une extériorisation du sac ne s'observe que pour les grossesses plus avancées. Encore faut-il ajouter que, dans ce dernier cas, l'hémorrhagie pouvant surtout provenir du décollement placen-

(1) Bouilly déconseille le plan incliné dans les opérations de ce genre, parce que, dit-il, le sang épanché « tombe sur le diaphragme et peut gêner la respiration ». En outre, « il ne peut être évacué dans les premiers temps de l'opération, et il ne se présente en abondance à la plaie abdominale, qu'au moment où la malade est rabattue dans la position horizontale. Il faut alors recommencer la toilette du péritoine et du bassin ». Ceci n'est vrai qu'avec les grands renversements ; mais, quand on opère sur des tables qui permettent, au cours de l'opération, de modifier l'inclinaison à son gré, en plus ou en moins, l'inconvénient signalé par Bouilly disparaît en grande partie, et le renversement, d'ailleurs modéré, qui suffit dans les cas de ce genre, conserve tous ses avantages.

taire, le nécessité d'achever ce décollement et de tout enlever peut devenir, comme le dit Picqué, le seul moyen d'obtenir l'hémostase. Le kyste fœtal, une fois enlevé, et l'hémostase bien assurée par des ligatures appropriées, on procède à la toilette du péritoine (ablation du sang liquide et des caillots), puis on suture la plaie abdominale.

Est-il nécessaire de faire la toilette péritonéale, minutieuse et très complète? Certains chirurgiens ne le pensent pas et vont même, comme Vasten et Henrotin (1), jusqu'à conseiller de laisser, de parti pris, une certaine quantité de sang qui se puisse résorber au bénéfice de la malade. D'autres, avec Schwartz et Pozzi, recommandent, au contraire, d'étancher soigneusement tout le sang épanché et de redouter l'influence dépressive des caillots accumulés dans les parties déclives. Je pense, pour ma part, que la vérité est entre les deux et qu'on doit faire une toilette aussi complète que possible, en évitant, toutefois, d'irriter le péritoine par des manœuvres trop prolongées. Cette évacuation, toujours plus ou moins incomplète, se fait aisément avec des éponges ou des compresses bien aseptiques, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux lavages du péritoine.

On n'oubliera pas, enfin, toute l'importance des soins post-opératoires. L'indication de relever les forces des opérées se présente, en effet, avec une urgence très particulière. Mais, chacun le sait maintenant, rien ne vaut, en pareil cas, les injections massives de sérum artificiel faites dans le tissu cellulaire. Elles sont, en général, très suffisantes pour combattre les états post-hémorrhagiques les plus inquiétants ; et, sauf exception, je ne crois pas utile de leur préférer les injections intra-veineuses.

B. — Traitement des complications septiques ou suppuratives. — Dans ce groupe, les questions de terminologie ou de

(1) F. Henrotin (de Chicago). Early rupture in extra-uterine pregnancy and its treatment. *Transactions of the Americ. gynec. Society*, 1896, vol. XXI, p. 209.

diagnostic doivent, plus que jamais, céder le pas à l'invitation opératoire ; et l'histoire de toute grossesse ectopique compliquée de péritonite ou de suppuration intra-kystique se confond si directement, en pratique, avec celle des suppurations pelviennes envisagées d'une manière générale, que je croirais déplacé de trop insister. Sans revenir sur les discussions si vives, et toujours actuelles, dont ce chapitre de chirurgie abdominale possède si bien le privilège, il me paraît suffisant de rappeler que, suivant la limitation de la suppuration, le volume de la masse morbide, l'uni ou la bilatéralité des lésions, il y a lieu d'opter sans aucun parti pris, tantôt pour la *laparotomie*, tantôt pour l'*hystérectomie vaginale*, tantôt, enfin, pour l'*incision vaginale simple*.

Ici, comme dans toutes les suppurations pelviennes, l'*incision vaginale* sera le traitement de choix des *hématocèles suppurées*, comme de toute collection purulente bien limitée, uniloculaire, et facilement accessible par le vagin. Demander plus à la colpotomie serait imprudent et mauvais. L'*ablation par laparotomie* sera l'unique opération des grossesses ectopiques suppurées non compliquées de lésions évidentes des annexes du côté opposé. L'*hystérectomie vaginale*, enfin, représentera l'opération de choix en cas de bilatéralité des lésions annexielles. Tel est au moins mon avis, et nombre de chirurgiens pensent de même aujourd'hui.

A propos des indications comparées de l'hystérectomie vaginale et de la laparotomie, résumées dans les deux phrases précédentes, je tiens à compléter ma pensée en rappelant que l'hystérectomie vaginale doit être réservée aux grossesses dont l'âge ne fait pas redouter un placenta trop volumineux. Mais, pour qu'elle conserve tous ses avantages, il faut, en outre, que la masse à enlever ne soit pas d'un volume excessif et donne bien, à l'exploration manuelle, la sensation d'une facile ablation. Cette restriction aux indications de l'hystérectomie vaginale, déjà légitime dans le traitement des suppurations pelviennes banales, est encore plus impérieuse quand il y a, par-dessus le marché, grossesse ectopique et quand l'utérus présente, par

conséquent, *cette friabilité qui rend le morcellement si difficile et si dangereux chez toute femme en état de puerpéralité* (grossesse ectopique, comme suites de couches). Sans doute, avant que la possibilité d'enlever par laparotomie utérus et annexes, sans péril particulier, fût démontrée par les succès, chaque jour croissants, de la castration abdominale totale, il était plus sage de faire une ablation vaginale, même incomplète, que d'opter pour une laparotomie laborieuse, incomplète, elle aussi, et toujours fort grave. Mais, à cette heure, la *technique américaine* (1) donne une trop réelle sécurité pour qu'on ne cherche pas à faire mieux qu'autrefois. Sans qu'il soit possible de spécifier autrement le volume des lésions permettant ou non l'hystérectomie vaginale, on peut donc avancer que, lorsque la masse formée par l'ensemble des lésions suppuratives dépasse assez le pubis pour être plutôt abdominale que pelvienne, il vaut mieux l'enlever par le ventre que par le vagin.

La *laparotomie* qu'il convient d'adopter peut alors conduire, dans les cas les plus simples, à l'ablation des seules parties malades (*kyste fœtal et annexes*), avec toilette suffisante du pelvis et fermeture complète de la paroi abdominale. Mais, quand les masses à extirper sont enfouies au milieu de fausses membranes, adhérentes et vasculaires, au point que leur énucléation soit impossible sans laisser, après elle, des foyers suspects et des surfaces cruentées exigeant des tamponnements excessifs, ou bien encore, des sutures pénibles et mauvaises, sur le tissu utérin ramolli et mis à nu par les décortications nécessaires ; plutôt que de s'attarder à ces manœuvres offensives, le plus sûr et le plus sage est certainement de tout enlever et de faire, en un mot, la *castration utéro-annexielle totale*.

---

(1) PAUL SEGOND. L'hystérectomie abdominale totale dans l'ablation des gros fibromes et le traitement des suppurations pelviennes. Considération sur son manuel opératoire et sur la supériorité du procédé américain. *Rev. de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1897, n° 4, p. 605.

DEUXIÈME PARTIE. — **Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois.**

Dans le traitement des grossesses de cette catégorie, la précision du diagnostic préalable reprend un peu ses droits. La laparotomie devient la seule opération possible dans tous les cas, sauf pour certains kystes fœtaux. Enfin, les questions à résoudre pour déterminer les règles opératoires les plus sûres se confondent, à tout instant, avec celles que soulève la chirurgie courante des grosses tumeurs abdominales. Je me crois donc autorisé, dans cette deuxième partie de mon rapport, à plus de brièveté que dans la première. Adoptant la même division que pour les grossesses plus jeunes, j'envisagerai à part les grossesses se développant sans accidents, jusqu'à l'extraction possible d'un fœtus vivant et viable, et les grossesses troublées dans leur évolution, soit par la mort du fœtus, soit par une complication proprement dite.

I. — **Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois, avec fœtus vivant.** — La *laparotomie* est la seule opération possible, et les divergences ne portent que sur deux points : l'*époque de l'intervention* et le choix à faire entre l'*extériorisation du kyste* ou son *ablation totale*.

Quand faut-il opérer ? — Lorsque la grossesse est à terme ou tout au moins assez avancée pour que le fœtus soit viable, l'intervention immédiate s'impose, c'est évident. Il n'en va plus de même en présence d'une grossesse ectopique avec fœtus vivant, mais point encore viable. Faut-il opérer tout de suite, ou faut-il attendre ? Quelques chirurgiens n'hésitent pas ; ils sont pour l'intervention immédiate et leurs arguments ont leur valeur, puisque, négligeant les intérêts d'un fœtus fréquemment voué à la mort ou aux malformations, ils ont, pour unique souci, de sauver la mère. Il y a, cependant, mieux à faire.

A la vérité, « ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on peut extraire par laparotomie un fœtus vivant et

viable (1) ». Mais, ces exceptions n'existent pas moins et les interventionnistes auraient tort d'en faire si bon marché. Dans son remarquable et récent traité de gynécologie, Howard A. Kelly (de Baltimore) (2) a repris les statistiques de Harris (3) et réuni, en tableau, 77 cas de grossesse ectopique avec fœtus vivants, opérés du septième au neuvième mois. Ces 77 opérations, dont la première remonte à 1809, ont donné 43 enfants vivants et 36 guérisons maternelles. En outre, leur analyse met en évidence, de la façon la plus nette, l'influence de nos méthodes opératoires actuelles sur la proportion des guérisons maternelles : alors que les 20 premières opérations de cette longue série n'ont sauvé que 2 mères, les 20 dernières en ont guéri 15. A cette statistique, s'ajoutent les faits non cités de Pinard (4), Spörlin (5), Crouzat (6), Jurnska (7), Neugebauer (8) et de Martin (de Rouen) (9).

La possibilité de sauver mère et enfant ne saurait être mieux établie et même, en présence de ces faits, il n'est pas exagéré de penser que nous trouverons, dans les perfectionnements incessants de notre technique, des gages de sécurité de plus en plus sûrs pour la vie de la mère. De plus, il est excessif de trop arguer des malformations probables des fœtus ectopiques. Orillard (10) a démontré, en effet, que ces malformations,

---

(1) Ribemont-Dessaignes et Lesage. *Loc. cit.*, p. 859.

(2) Howard A. Kelly. *Loc. cit.*, p. 459.

(3) R. P. Harris. *Amer. Journ. of Obst.*, 1887, p. 114, et *Monats. f. Geb. und Gyn.*, 1897, Bd VI, Heft 2.

(4) Pinard. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, 3e série, t. XXXIV, p. 189.

(5) Spörlin. Ein Fall von Extra-uterin Schwangerschaft im 8 Monat mit lebendem Kinde. *Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 1265.

(6) Crouzat et Jeannel. *Sem. méd.*, 1897, p. 172.

(7) J. Jurnska. Extra-uterin Schwangerschaft. Laparotomie ; lebendes Kind. *Centr. f. Gyn.*, 1898, p. 333.

(8) F. Neugebauer. Extra-uterin Schwangerschaft. Extraction eines lebenden Kindes. *Centr. f. Gyn.*, 1898, p. 785.

(9) A. Martin (de Rouen). Grossesse extra-utérine avec enfant vivant. *La Normandie médicale*, 1896, p. 189.

(10) Orillard. *Interv. chirurg. dans la gross. extra-utérine lorsque l'enfant est viable.* Th. doct., Paris, 1894.

il est vrai, fréquentes, n'en sont pas moins, « la plupart du temps, compatibles avec la vie ». Les observations relevées par Pinard (1) parlent dans le même sens. Il est donc fort naturel de conserver l'ambition de sauver, si possible, l'enfant aussi bien que la mère, à cette condition formelle, toutefois, que *le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère.*

Si nos convictions d'homme sont, et doivent être, à ce dernier point de vue, non pas seulement fermes, mais tout à fait intransigeantes, il n'en résulte malheureusement pas que notre conduite de chirurgien soit à l'abri des inévitables indécisions que réserve la pratique. Tout ce que l'on peut dire, c'est que le droit d'attendre n'est légitime que si l'on est en mesure de parer à ses périls par une surveillance quotidienne qui permette d'agir, à la moindre indication ; qu'elle provienne d'une complication brusque, ou qu'elle relève, simplement, des souffrances et de l'affaiblissement général qui menacent trop souvent la mère en pareil cas.

Ajoutons que même pour les chirurgiens partisans de cette expectation armée, il reste encore des doutes sur le meilleur moment de l'intervention : les uns opèrent dans le 7ᵉ mois ; d'autres, avec Pinard, préfèrent attendre le 8ᵉ et même le 9ᵉ mois, et, bien que mes tendances personnelles soient pour l'opération faite le plus vite possible, je crois délicat de se prononcer sur la meilleure de ces deux attitudes. Admettre avec Frænkel et Pozzi (2) qu'on peut se guider sur « l'examen extérieur du fœtus, sur son volume appréciable à la palpation, pour juger du moment de l'intervention », ne précise pas autant qu'on pourrait le croire une solution qui reste une question de tact, et je préfère beaucoup dire avec Pinard qu'il convient de laisser aux « circonstances » le soin d'indiquer le bon moment de l'intervention. A tant faire que d'attendre, il vaut donc peut-être mieux, *quand on le peut sans aucun péril pour la mère,*

(1) PINARD. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, 3ᵉ série, t. XXXIV, p. 198.
(2) S. POZZI. *Loc. cit.*, p. 962.

attendre, non pas les phénomènes du faux travail, car à ce moment, Pozzi l'observe avec raison, « une opération serait tout à fait intempestive, à moins qu'il n'y ait des phénomènes d'hémorrhagie interne graves qui forcent la main », mais attendre assez pour laisser le fœtus se développer jusqu'à son maximum de viabilité. C'est la conduite que nous avons adoptée avec Pinard, dans le cas dont il a entretenu l'Académie en 1895, et le beau succès obtenu nous a donné raison (1).

L'opération étant décidée à terme ou avant terme, *comment faut-il opérer ?* Quelques auteurs discutent encore les avantages possibles de l'*élytrotomie*. Mais, en dépit des quelques succès qu'elle a par hasard donnés, on doit, ainsi que Lawson Tait l'a fait, l'un des premiers, la repousser absolument. Je n'en parle donc, à mon tour, que pour mémoire et considérant l'unique opération possible, c'est-à dire la *laparotomie*, j'arrive à la seule question à discuter. Faut-il procéder à l'ablation totale, ou faut-il simplement ouvrir le kyste, extraire le fœtus *sans toucher au placenta* et se contenter de l'*extériorisation* du sac ? Et je le rappelle dès maintenant, pourquoi cette hésitation ? C'est le placenta qui en est presque seul responsable, de par sa vascularisation, sa friabilité, ses adhérences et ses implantations si fréquentes, en dehors de la trompe, sur l'intestin et sur les parois pelviennes ; toutes conditions qui doivent nous faire redouter « beaucoup moins la septicémie par rétention que l'hémorrhagie par extraction immédiate » (Pinard). Aussi bien, le vrai problème se réduit à ceci : faut-il, oui ou non, laisser le placenta ?

Pour les chirurgiens, et je suis du nombre, qui ont pu, d'une part, se mesurer eux-mêmes avec les dangers hémorrhagiques formidables de l'ablation d'un placenta bien vivant, et vérifier, d'autre part, que son élimination, quand il est laissé en place,

---

(1) A. PINARD. Grossesse extra-utérine diagnostiquée au 6e mois, opérée à une époque rapprochée du terme. Extraction d'un enfant vivant. Suites heureuses pour la mère et pour l'enfant. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895, 3e série, t. XXXIV, n° 31, p. 189.

se fait « aussi facilement après extraction d'un enfant vivant, qu'après extraction d'un enfant mort », la réponse n'est pas douteuse ; c'est l'opinion de Pinard qui doit l'emporter et, abstraction faite de deux cas sur lesquels je reviendrai (absence de sac et décollement placentaire amorcé au moment de l'opération), la nécessité de ne pas toucher au placenta s'impose, non pas seulement comme un acte de prudence, mais comme une règle absolument impérative.

Affirmer n'est point prouver ; voyons donc ce que nous enseignent le raisonnement, les faits, et surtout leur interprétation.

L'argumentation des partisans de l'extirpation se résume dans les accusations suivantes : la prétendue simplicité de la marsupialisation n'est qu'apparente ; et, bien souvent, la *friabilité des parois du sac* complique beaucoup la fixation pariétale. Même réflexion sur sa bénignité que des *hémorrhagies graves* risquent de compromettre pendant toute la durée de l'élimination placentaire. Parmi les autres méfaits, se rangent les périls septiques de toute *suppuration prolongée*, la longue durée de la cicatrisation, la *survie possible d'un état fistuleux* et la fréquence des *éventrations consécutives*. Par contre, au lieu et place de ces graves inconvénients, l'ablation totale apporterait avec elle tous les avantages d'une opération complète, d'une guérison rapide et d'un manuel opératoire qui, pour être parfois difficile, n'en reste pas moins à la portée de tout chirurgien expérimenté. Enfin, considération plus décisive encore, les statistiques postérieures à la période préantiseptique, et seules digne d'attention, confirment tout ce qui précède, puisque sur 40 cas relevés par Pozzi, depuis 1886, 11 extirpations totales ont fourni 11 succès, alors que 20 marsupialisations ont donné 11 morts.

Comment répondre à cette victorieuse argumentation ? La chose paraît, à coup sûr, difficile. Mais, à la réflexion, elle se simplifie pas mal.

Il manque d'abord au plaidoyer précédent une prise en considération de l'opérée elle-même, de son état général et de sa force de résistance. Cette lacune impressionne médiocrement,

peut-être, ceux qui, pour simplifier, voudraient qu'en pratique le rituel fût tout et le malade peu de chose, mais elle n'est pas moins sérieuse. Ici, comme pour toutes les grosses opérations permises depuis l'antisepsie, on oublie trop que *possibilité* n'entraîne pas toujours *indication* et que le succès a d'autres facteurs que l'asepsie ou la virtuosité de l'opérateur; si bien qu'en maintes circonstances, le mieux peut devenir le grand ennemi du bien et que, devant la nécessité fréquente de proportionner l'intervention à la dose de résistance des patients, les opérations idéales doivent souvent céder le pas aux manœuvres plus modestes et moins traumatisantes. Or, en bien des circonstances, telle est ici la vraie situation. A supposer que l'extirpation soit la bonne opération, lorsqu'elle n'est pas trop laborieuse, ce qui est, du reste, la vérité, il n'en demeure pas moins certain que, dans un grand nombre de cas, l'état des malades et la complexité de l'ablation totale imposent le choix de l'intervention la plus simple.

Les preuves arithmétiques seraient-elles suffisantes pour diminuer la portée de cette considération? En aucune manière. Et Labadie-Lagrave et Legueu l'ont fort bien dit, lorsqu'ils ont relevé cette conclusion mathématique, mais paradoxale, que l'opération la plus complexe est moins dangereuse que la plus simple. « Est-il besoin de faire remarquer, écrivent-ils, que ces statistiques composées de faits isolés, appartenant à des opérateurs différents, n'ont qu'une valeur relative ? Ce fait que, trop souvent, les opérations heureuses sont seules à voir le jour, enlève toute garantie au pourcentage tendant à établir la gravité réelle de tel ou tel mode d'intervention. » Rien de plus juste, et, très certainement, on doit surtout s'en référer aux « statistiques intégrales donnant la série complète des cas opérés par un même chirurgien ».

Quand on suit ce conseil, les preuves que les partisans de l'extirpation croient trouver dans les chiffres perdent singulièrement de leur valeur. J'en veux pour témoignage la statistique de Pinard qui, dans une série de vingt-six opérations comprenant dix-sept cas de marsupialisation, n'a pas eu « un seul accident

grave causé par la rétention placentaire » (1). Sur ces dix-sept marsupialisations, il y a bien eu un décès (2), le seul de la statistique, mais il n'est, en aucune manière, imputable à l'abandon du placenta. Il a suivi une laparotomie faite *in extremis*; et, comme je l'ai répondu à Picqué, une ablation totale n'aurait certainement pas modifié le résultat. Les constatations faites à l'autopsie démontrent du reste qu'elle eût été impossible. La paroi antérieure du kyste était, en effet, parcourue, dans toute son étendue, par une anse intestinale en fronde dont les solides adhérences s'opposaient à tout décollement.

La lecture des observations de Pinard suffit, en même temps, à montrer que la *lenteur* des éliminations placentaires, les *complications hémorrhagiques septiques*, *suppuratives* ou *fistuleuses* n'ont pas la fréquence qu'on leur prête. On y trouve aussi la preuve que l'argument tiré des difficultés que la *friabilité des parois kystiques* peut apporter à leur fixation n'est pas sérieux. J'en reparlerai du reste plus loin. Quant aux *éventrations consécutives*, elles sont vraiment trop habituelles à la suite des extirpations laborieuses, laissant après elles de larges surfaces cruentées dont le drainage indispensable empêche la fermeture complète de la paroi abdominale, pour qu'on puisse reprocher à la marsupialisation les faiblesses de cicatrices qu'elle peut entraîner. A supposer que l'argument soit décisif, il devrait nous faire opter, non point pour la seule ablation du kyste, mais pour la castration abdominale totale; et j'imagine que dans le cas actuel, ce serait, pour un mince avantage, faire courir à nos opérées de bien gros risques.

C'est donc à bon escient que, pour ma part, je crois qu'il faut souscrire sans réserve aux opinions dont Pinard s'est fait le défenseur. Et pour l'instant, la conclusion la plus sage me

---

(1) A. Pinard. Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, in *Ann. de gyn.*, avril 1889; juillet, août, septembre 1892. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 6 août 1895. *Fonctionnement de la clinique Baudelocque*, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897.

(2) A. Pinard. Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. Paris, 1892, p. 39, obs. VI.

parait bien celle-ci : *dans les grossesses ectopiques de plus de cinq mois avec fœtus vivant, on doit, en règle générale, renoncer à l'ablation du kyste, et se contenter de son extériorisation en abandonnant, comme le conseillait jadis Baudelocque, « l'expulsion du placenta à la nature ».* A cette règle, il y a toutefois trois exceptions : la *première* concerne les quelques grossesses tubaires dont la facile énucléabilité peut autoriser l'ablation. La *deuxième* se rencontre quand on se trouve en présence d'une hémorrhagie par décollement partiel d'un placenta qu'il est indispensable d'enlever complètement, pour obtenir l'hémostase. La *troisième*, enfin, répond aux cas dans lesquels il n'y a pas de sac, ainsi qu'il arrive quand il y a *rupture secondaire du sac*, avec *fœtus libre dans la cavité abdominale.* Et, dans ces conditions, il ne saurait pas plus être question de marsupialiser une poche qui n'existe pas que d'abandonner un placenta dont l'ablation, coûte que coûte, s'impose aussi nettement.

La technique à suivre pour ouvrir le kyste, extraire le fœtus et suturer la poche à la paroi est trop connue pour que j'y insiste. Je rappellerai seulement, avec Chaput (1), qu'après la découverte de la tumeur par laparotomie, il est tout à fait inutile de suturer provisoirement le kyste fœtal à la paroi, avant de l'ouvrir, ainsi qu'on le conseille. Cette suture est une sérieuse perte de temps, et de plus, elle gêne les manœuvres d'extraction du fœtus. Quant au pansement nécessaire pendant l'élimination placentaire, nous avons, chacun le sait, tous les moyens voulus d'aseptiser le foyer et d'éviter la série des complications suppuratives, autrefois si redoutables. L'élimination du placenta est un peu plus longue après l'extraction d'un enfant vivant qu'après celle d'un fœtus mort ; mais elle ne se fait pas moins bien. Dans le cas qui nous est personnel, à Pinard et à moi, elle s'est terminée du vingt-sixième au trente-deuxième jour.

---

(1) CHAPUT. *Loc. cit.*

II. — Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois, dont l'évolution est troublée, soit par une complication proprement dite, soit par la mort du fœtus.

A. — TRAITEMENT DES GROSSESSES ECTOPIQUES DE PLUS DE CINQ MOIS, COMPLIQUÉES D'HÉMORRHAGIE PAR RUPTURE OU DE PÉRITONITE SUPPURÉE PÉRI-KYSTIQUE. — *L'hémorrhagie par rupture* peut, comme l'a montré Pinard, se présenter sous deux formes : celle de l'*inondation péritonéale* et celle des *hémorrhagies lentes ou successives*. Dans les deux cas, la laparotomie s'impose avec la même urgence que pour les grossesses plus jeunes. J'ajoute que s'il est encore indiqué de faire, ici, tous ses efforts pour se contenter de l'*extériorisation du kyste*, on doit s'attendre à ce que les difficultés de l'hémostase exigent des interventions beaucoup plus complexes et nécessitent, en particulier, l'*ablation complète du placenta*, lorsque son décollement partiel préalable se trouve la cause principale de l'hémorrhagie.

Quant aux *lésions péritonéales* inflammatoires et suppuratives, se développant autour du kyste fœtal, ou bien elles ne sont que le résultat de l'évolution même de la grossesse, et leur histoire se confond avec celle du kyste fœtal qu'elles entourent de *fausses membranes* plus ou moins épaisses ; ou bien, ainsi qu'il arrive en cas de *péritonite suppurée par perforation* ou *par propagation*, elles ne font que précipiter l'*urgence de l'intervention*, sans en modifier beaucoup la nature. Et par conséquent, leur traitement ne mérite pas de description particulière. On sait, du reste, que la péritonite suppurée implique presque nécessairement la mort du fœtus.

B. — TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE DE PLUS DE CINQ MOIS AVEC FŒTUS MORT. — En présence de cette variété de grossesse ectopique, le principe de l'intervention rallie maintenant tous les suffrages, et la sécurité actuelle des opérations abdominales ne laisse plus qu'une valeur historique aux arguments qui légitimaient autrefois l'expectation indéfinie et la faisaient préconiser par ceux-là mêmes qui lui reconnaissaient une mortalité supérieure à 50 pour 100. Mais, nous nous

trouvons aux prises avec les mêmes divergences que tout à l'heure, sur le choix et sur la meilleure époque de l'intervention. La réponse convenable à cette double question varie, du reste, suivant que le fœtus est mort depuis peu, mort depuis un certain temps, ou si modifié, qu'il est devenu l'*ossuaire* d'un vieux kyste fœtal, toléré sans accident ou suppuré. J'envisagerai donc à part ces trois conditions.

1° *Grossesse ectopique avec mort récente du fœtus. — Quand faut-il opérer?* — Quand la *mort du fœtus est récente*, la grossesse est assimilable à la grossesse avec fœtus vivant. Les difficultés opératoires et les complications hémorrhagiques provenant de la vascularisation placentaire sont les mêmes. Il est donc naturel que, sauf urgence, on adopte la conduite de ceux qui conseillent avec Kaltenbach, Fraenkel, Litzmann, Wœrth, Maygrier et Pinard, de ne pas opérer dans les quelques jours qui suivent la mort, et d'attendre le ralentissement de la circulation inter-kysto-placentaire. On objecte à cette manière de voir que la suspension de la circulation placentaire peut réclamer des mois, et que les gros risques d'une pareille attente doivent l'emporter, au bénéfice de l'intervention précoce. L'objection est fort juste; et si longue expectation n'est à coup sûr pas défendable. Mais, lorsqu'elle ne porte que sur les six premières semaines, lorsqu'il est bien entendu qu'à la première alerte on est prêt à intervenir, on ne peut, en vérité, que trouver avantage à ne pas trop se presser. Pinard n'a jamais demandé plus. Il insiste même beaucoup sur la nécessité de ne pas attendre le retour des règles et les menaces de rupture par hyperdistension kystique dont elles sont généralement le signal.

Comment faut-il opérer? — La même similitude se retrouve dans les indications thérapeutiques. Que le fœtus soit vivant ou mort depuis peu, l'élytrotomie doit être repoussée. Ici comme là, les tentatives d'ablation entraînent des périls si positifs que, abstraction faite des trois exceptions déjà notées (grossesse tubaire, offrant une énucléabilité relativement facile — hémorrhagie par décollement placentaire — absence de sac avec

fœtus libre dans la cavité abdominale), *il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta* (1).

2° *Grossesse ectopique avec fœtus mort depuis longtemps. — Quand faut-il opérer?* — Lorsque le *fœtus est mort depuis longtemps* et parfaitement toléré, il n'y a plus prise au doute ; et, puisqu'il est bien convenu qu'on ne doit pas plus compter sur le lithopédion que sur les guérisons par ouverture spontanée, puisqu'on doit au contraire songer uniquement aux accidents dont le kyste fœtal peut être le point de départ, même à très longue échéance (suppuration interne, etc.), chacun trouve qu'il vaut mieux prévenir qu'attendre, et chacun s'entend, par conséquent, sur la nécessité d'opérer dès que le diagnostic est porté.

Comment faut-il opérer ? — Faut-il extérioriser ou enlever ? Et si l'on opte pour l'ablation par laparotomie, faut-il enlever le kyste seulement ou faire la castration totale? Dans la *grossesse avec mort ancienne du fœtus*, on peut être moins réservé que dans le cas précédent. C'est qu'en effet, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la mort du fœtus, l'anatomie et la physiologie du kyste fœtal se modifient notablement. Les tissus perdent peu à peu la friabilité et la riche vascularisation qui, durant toute la puerpéralité, rendent si périlleuse et si délicate toute intervention chirurgicale trop offensive. Et, bien que la complexité des lésions péritonéales et la solidité des adhérences ne puissent que s'accroître avec le temps, le kyste fœtal et l'ensemble des lésions qu'il développe autour de lui n'en forment pas moins une masse qui se rapproche, de plus en plus, des tumeurs banales qu'on sait maintenant extirper, en dépit des connexions les plus compliquées et des difficultés manuelles les

(1) Dans les cas où l'on juge prudent de ne pas enlever le placenta, Negri a conseillé de faire la résection partielle du sac, de suturer sa calotte restante au-dessus du placenta et d'abandonner le tout dans le ventre. Bien que l'atrophie et la résorption spontanée du placenta soient, paraît-il, possibles, il serait trop périlleux de compter sur cette éventualité et je crois que le procédé de Negri ne doit jamais être employé.

plus sérieuses. Il est donc bien rationnel que, dans ces conditions nouvelles, l'abandon du placenta n'ayant plus que des inconvénients, on soit autorisé à donner plus souvent aux opérées les bénéfices des interventions larges et complètes ; et voici comment les indications opératoires doivent être alors envisagées :

L'*élytrotomie* reprend un peu ses droits. Dans les cas où le kyste fœtal plonge fortement dans l'excavation, la vessie et l'utérus ayant été déplacés latéralement et le placenta n'étant pas inséré à la face inférieure du kyste, il est très naturel de ne pas chercher mieux. C'est ce que Pinard a fait trois fois avec succès. Son premier cas de grossesse extra-utérine, ainsi traitée, a été communiqué à l'Académie de médecine, le 19 février 1894. Le fœtus s'était développé jusqu'à terme, et son extirpation vaginale a été faite deux mois après la mort. Ces trois observations s'ajoutent aux faits cités par Maygrier, Schauta et Henrotin (1) pour montrer les avantages possibles de l'élytrotomie. En dehors des quelques cas justiciables de la voie vaginale, *la simple extériorisation du sac, au niveau de la paroi abdominale, reste, par la simplicité de son exécution et la qualité de ses résultats, l'opération de choix dans la majorité des cas.* D'autant que l'éradication du placenta devenant ici nécessaire, tous les inconvénients relevant de sa lenteur d'élimination disparaissent et la cicatrisation se fait dans les meilleures conditions. Quinze à vingt jours suffisent, en général, à la disparition de la poche, et, de plus, « les parois du kyste se résorbent de telle façon qu'après deux mois, il n'en reste plus trace ». Les observations de Treub, Lihotski, Cheider, Fromens, Picqué et celles de Pinard en témoignent. Parmi les observations classées au nombre des extirpations, il en est même qui ne prouvent que les bénéfices de l'extériorisation. Tel, ce cas remarquable de grossesse extra-utérine gémellaire, avec rétention pendant quinze ans d'un fœtus mort à terme, que

(1) HENROTIN (de Chicago). Vaginal section for extra-uterine pregnancy. *Amer. gynec. and obst. Journal*, 1896, vol. IX, n° 2, p. 151.

Folet (de Lille) (1) a guéri par laparotemie, mais non point avec « extirpation du sac et de son contenu », comme le dit le titre de l'observation, puisque les 5/6 du sac seulement ont cédé aux tractions et que le 1/6 restant a été marsupialisé. De tous les reproches qu'on fait à l'extériorisation, il n'en survit donc ici que deux : les difficultés possibles de la suture pariétale, de par la friabilité des parois kystiques, et les éventrations consécutives. Comme je l'ai dit plus haut, il ne me paraît pas qu'on puisse trouver là une cause sérieuse d'infériorité opératoire.

La difficulté de suturer des parois trop friables se rencontre et il faut la connaître. C'est même elle qui, malgré les succès comme celui de Folet, doit souvent nous empêcher de céder au désir d'abréger la guérison par une résection plus ou moins étendue des parois kystiques. Et ceci m'est une occasion de rappeler que, pour laisser à l'extériorisation du kyste l'idéale simplicité qui en fait la valeur, il vaut souvent mieux se borner à son incision pure et simple. Pour faire plus, il faut, en effet, commencer plus ou moins l'attaque des adhérences. Et dans cette voie, ici comme dans toutes les laparotomies exploratrices, il est plus sage de ne rien faire du tout que de rester incomplet. D'autant que dans le cas particulier de fœtus mort, et notamment quand « la malade a de la fièvre indiquant une résorption putride », toute tentative de décortication « offre le plus grand danger, car elle expose la surface cruentée à l'infection par le contenu septique du sac » (2) . C'est même pour éviter cette infection qu'on a conseillé, soit l'incision en deux temps, c'est-à-dire l'incision kystique après deux jours de tamponnement de la plaie abdominale, soit la suture du sac à la paroi avant de l'ouvrir. Mais ce sont là des retards inutiles; avec des compresses et un peu d'habitude, rien de simple comme d'éviter l'effusion intra-péritonéale d'un contenu kystique quelconque.

(1) FOLET (de Lille). Grossesse extra-utérine gémellaire, probablement tubaire ; rétention pendant quinze ans d'un fœtus mort à terme. Laparotomie. Extirpation du sac et de son contenu. Guérison. *Ann. de Gyn.*, 1896, t. LXV, p. 190.

(2) POZZI. *Loc. cit.*, p. 966.

Il faut enfin savoir qu'il est des cas où la marsupialisation n'est pas seulement difficile, mais impossible. C'est en particulier ce qui arrive pour les cas, déjà cités, de *rupture secondaire du kyste fœtal avec fœtus libre dans la cavité péritonéale*, et, par conséquent, absence de toute paroi kystique isolable. C'est alors, du reste, que l'ablation du placenta s'impose, aussi bien que la toilette, aussi complète que possible, de son foyer d'implantation ; cela fait, le tamponnement et le drainage assurent, comme d'habitude, le succès de l'intervention. C'est la conduite que nous avons suivie, Pinard et moi, sur une femme opérée à la clinique Baudelocque le 15 janvier 1891 (1). Il s'agissait d'une multipare de trente-huit ans, dont l'observation se résume ainsi : grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 6e mois, rupture du sac, fœtus à nu dans la cavité péritonéale, laparotomie trois mois après la mort du fœtus, guérison. Le fœtus pesait 580 grammes et la masse placentaire énucléée en totalité 450 grammes.

Nous avons jugé prudent de drainer sans fermer complètement la plaie abdominale, et, vingt-quatre jours après, la cicatrisation était achevée.

Quand la toilette péritonéale est assez nette pour éloigner toute crainte de suintement ou d'hémorrhagie consécutive, on peut tenter de faire mieux encore, en fermant complètement la plaie abdominale. Le 27 avril dernier, Doléris (2) s'est ainsi comporté dans un cas analogue au nôtre, et son opérée a très bien guéri. Comme autre moyen de fermer complètement la plaie abdominale, sans péril de rétention, dans les cas de ce genre, on pourrait aussi, quand la disposition du sac placentaire le permet, le suturer après ablation de son contenu et l'extérioriser vers le vagin, à la manière de Martin.

Quant aux éventrations consécutives reprochées à l'extériorisation abdominale, on a exagéré leurs inconvénients, et, pas

---

(1) *Fonctionnement de la clinique Baudelocque en 1891*. Paris, 1892, p. 74.

(2) DOLÉRIS. *Bull. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris* (séance du 12 mai), n° 5, p. 107.

plus que la friabilité des parois kystiques, elles ne sauraient nous faire renoncer aux autres avantages de la marsupialisation. D'autant que le procédé de Martin n'est pas seulement applicable, ainsi que je viens de le dire, aux cas de fœtus libre, alors que le sac est réduit à ce qui entoure le placenta. Il est non moins recommandable dans les cas de sac complet, lorsqu'il est possible, après ablation du placenta, de réséquer, sans trop de difficultés, une bonne partie des parois kystiques. Rien n'est alors plus rationnel que de faire, avec ce qui reste, un sac de dimension minimum dont on assure le drainage par une contre-ouverture vaginale, et de se placer ainsi dans les conditions voulues pour que la suture complète et très soignée de la plaie de la paroi abdominale soit possible.

J'arrive aux deux opérations radicales : l'*ablation du kyste* et la *castration utéro-annexielle totale*.

L'*extirpation totale* peut être tentée, comme toujours, dans les cas bien rares de grossesse ectopique ayant, par exception, la forme tubaire. Il est même ici permis d'en étendre l'application à des cas plus complexes encore. Quelques observations probantes en témoignent. *Deux conditions* me paraissent, toutefois, indispensables pour légitimer l'extirpation totale.

La *première*, c'est que les manœuvres de décortication ne soient pas trop laborieuses, et que l'état général de la patiente la mette en état de les supporter ; double appréciation qui relève uniquement du coup d'œil de l'opérateur, et qui, de plus, doit être portée dès l'ouverture du ventre. Car, en pareille occurrence, rien de plus mauvais que les opérations inachevées. Et qu'on ne s'y trompe pas, tout en reconnaissant que l'extirpation totale est plus souvent permise avec un fœtus mort qu'avec un fœtus vivant, il faut bien savoir que ses indications n'en demeurent pas moins exceptionnelles. Dans le plus grand nombre des cas de kystes volumineux, le traumatisme de l'opération nécessaire dépasse, en effet, de beaucoup, la résistance des malades. Bien souvent, du reste, les manœuvres de libération sont vraiment impossibles. Sans doute, on peut toujours détruire des adhérences, si complexes et si vasculaires qu'elles soient. Mais, en

vérité, quand l'opération se rapproche par trop d'une préparation anatomique, quand elle nécessite la dénudation de l'aorte et de ses branches terminales, ainsi que je l'ai vu dans un cas, c'est folie de s'atteler à semblable besogne.

La deuxième condition, c'est que les manœuvres de décortication et d'extirpation ne soient pas telles qu'elles exigent un tamponnement excessif des surfaces cruentées. Car, entre autres inconvénients, ces drainages conduisent presque sûrement aux éventrations consécutives, et, par conséquent, dans les cas de ce genre, on arrive à cette conclusion déjà formulée : qu'à tant faire que d'extirper, il vaut mieux tout enlever et faire la castration totale. Le raisonnement n'est, du reste, pas seul à dicter cette décision; et, dans bien des cas, ce sont les difficultés mêmes de l'ablation isolée du kyste, et l'impossibilité d'obtenir une hémostase convenable du foyer opératoire, qui s'en chargent seules. J'en veux pour preuve les observations d'*hystérectomie abdominale*, plus ou moins totale, publiées par Hoffmann, Turner, Braun, Routier et Pantaloni (1). Il va de soi que le siège tubo-interstitiel de la grossesse et que la coexistence d'un néoplasme du corps utérin sont encore à noter parmi les indications de l'hystérectomie abdominale. C'est ainsi que Mac-Nutt (2) a hystérectomisé l'une de ses opérées, parce qu'elle avait un gros fibrome utérin en même temps que sa grossesse extra-utérine, et que Treub (3) a fait une amputation supra-vaginale pour une grossesse interstitielle arrivée à trois semaines du terme.

Ce qui précède montre, sans qu'il soit possible d'insister

(1) PANTALONI (de Marseille). Trois cas de grossesse extra-utérine opérés par des procédés différents et suivis de guérison. *Archiv. provinc. de chir.*, 1898, t. VII, n° 2, p. 82.

(2) MAC-NUTT. *Journal of Amer. med. Association*, 1894 (obs. citée par Pantaloni).

(3) TREUB. Grossesse interstitielle et tubo-utérine droite. Laparotomie pratiquée trois semaines environ avant l'époque du terme. Fœtus libre dans la cavité péritonéale. Amputation supra-vaginale de l'utérus. Mort de l'enfant quelques jours après l'opération. Mère guérie. *Bull. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1894, p. 40.

beaucoup plus, ce que sont, à l'heure actuelle, les indications possibles et rares de la castration utéro-annexielle totale.

Je sais bien que certains chirurgiens les voudraient beaucoup moins réservées. Et, pour entendre la note qu'ils croient juste, il suffit de parcourir la récente publication de G. Pantaloni. A propos du cas très remarquable d'hystérectomie abdominale totale que je viens de citer, notre collègue déclare que, s'il est vrai qu'on puisse, « à première vue », penser « que cette intervention est plus grave que l'ablation simple et beaucoup plus sérieuse que la marsupialisation », il n'en demeure pas moins « convaincu que les faits démontreront bientôt qu'il n'en est rien, au moins pour les chirurgiens rompus à la pratique des opérations abdominales ». Aussi bien pense-t-il que l'hystérectomie abdominale n'est pas seulement indiquée à titre complémentaire, pour terminer au mieux l'opération, quand l'extirpation du sac seule est trop laborieuse, mais que « dans bon nombre de cas, on doit la préférer à l'extériorisation du kyste ».

Notre collègue n'aurait-il pas trop oublié qu'en chirurgie opératoire « la grande sagesse consiste à peser ses conquêtes et à apprécier ses résultats (1) »? Je m'excuse beaucoup de ce soupçon, mais je n'en reste pas moins surpris que, sous l'influence de la satisfaction, d'ailleurs très légitime, que lui a causée son unique et très beau succès personnel, notre distingué collègue ait fait si bon marché de l'opération similaire de Routier, et surtout des enseignements que ce dernier chirurgien et son rapporteur à l'Académie ont cru devoir en tirer. Puisque notre collègue Pantaloni ne s'adresse qu'aux chirurgiens rompus à la chirurgie abdominale, il ne peut en vérité souhaiter meilleur interlocuteur que Routier. Or, après avoir insisté sur tous les détails de son observation, et sur les difficultés d'une intervention qu'il n'a pu terminer sans blesser l'uretère et la vessie, Routier arrive à cette conclusion que, « quand on attaque une grossesse ectopique de plus de cinq mois, il est sage de se con-

(1) Trélat. *Loc. cit.*, p. 9.

tenter de l'ouverture du kyste, de l'ablation du fœtus et du drainage de la poche, comme l'a conseillé le professeur Pinard, en laissant surtout le placenta en place si l'enfant est encore vivant (1) ».

A cela, Pantaloni riposte que Routier n'aurait pas rencontré les mêmes difficultés opératoires si « dès le début, il avait considéré le fœtus et l'utérus comme formant une seule et unique masse et s'il avait attaqué cette dernière comme un gros fibrome utérin par ablation abdominale totale ». Ceci est possible. Je suis moi-même porté à le penser, pour toutes les raisons qui, selon moi, font en pareil cas la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale pratiquée suivant la méthode américaine. Par contre, lorsque notre collègue marseillais s'étonne de voir Routier prétendre « que l'opération qu'il relate est mauvaise, puisque sur un cas qu'il cite il a eu une guérison », lorsqu'il affirme que d'avoir « troué la vessie et sectionné l'uretère », sont des incidents négligeables, puisqu'il n'y a « qu'à fermer la plaie de la vessie et aboucher l'uretère dans le même organe pour sortir de ce mauvais pas », il me paraît délicat d'abonder dans le même sens. Et, comme l'a dit Pinard, si l'observation de Routier met une fois de plus en lumière son sang-froid et sa maîtrise, elle n'en prouve pas moins qu'en dépit des succès possibles de l'hystérectomie abdominale totale, en cas de grossesse ectopique, il faut encore considérer comme très limitées les indications de cette intervention idéale mais périlleuse.

Les perfectionnements ultérieurs de notre technique nous permettront-ils plus d'audace? C'est possible, mais pour l'instant, il paraît tout au moins sage d'observer des réserves qui peuvent se résumer de la façon suivante : *La castration utéro-annexielle abdominale totale doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels une ablation de kyste fœtal ayant été commencée, on juge qu'il serait impossible de la faire isolé-*

---

(1) Routier. Rapport de Pinard sur deux observations de grossesse extra-utérine communiquées par MM. Routier et Tuffier. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, t. XXXVII, p. 756.

ment, sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Elle donne alors le moyen de simplifier les choses, d'aller plus vite, et d'éviter les inconvénients d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre, le siège tubo-interstitiel de la grossesse, ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant, sont, à leur tour, des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale.

Il est du reste une considération dont je n'ai pas encore parlé, et qui s'ajoute à toutes les autres, pour nous inviter à beaucoup de modération, lorsqu'il s'agit de discuter l'opportunité d'une ablation totale, en cas de grossesse ectopique, quel que soit son âge. Je veux parler de la possibilité de grossesse normale chez les femmes antérieurement opérées pour grossesse ectopique. Tout récemment encore, à propos d'un cas de grossesse extra-utérine, avec kyste fœtal sous-hépatique, opéré par Tuffier deux mois après un accouchement spontané à terme, Pinard (1) insistait sur cette possibilité des grossesses normales ultérieures. L'importance de cette éventualité, est du reste mise en pleine lumière par les faits que Funck-Brentano (2) vient de réunir dans sa thèse inaugurale. Son relevé porte sur 127 femmes, dont quelques-unes ont eu plusieurs grossesses, si bien que les 127 femmes ont fait 188 enfants. 93 d'entre elles sont devenues grosses avec des kystes fœtaux préalables non opérés (3) ; les 34 autres sont, au contraire, des anciennes opérées, et l'analyse de leurs observations respectives a permis à Funck-Brentano de conclure que l'évolution normale des grossesses est *presque la règle* chez les femmes

(1) PINARD. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, t. XXXVII, p. 757.

(2) FUNCK-BRENTANO. *Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine.* Th. doct., Paris, 1898.

(3) G. LEMONNIER a récemment publié une intéressante observation de cette nature. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine qui s'est ouverte au bout de vingt-quatre ans dans l'intestin, et dans cet intervalle, il y a eu deux grossesses à terme et normales. *Bull. et mém. de la Société obst. et gyn. de Paris*, 1898, séance du 10 mars, n° 3, p. 31.

ayant été opérées, et que *c'est l'inverse* pour les femmes non opérées. De toutes les complications observées dans ce dernier cas, « l'avortement est la plus fréquente », et l'inflammation du kyste « la plus redoutable ». Sur 11 décès de femmes non opérées, 8 et probablement 9 morts relèvent de cette dernière cause.

Est-il nécessaire de beaucoup insister sur la valeur de ces documents ? Je ne le crois pas. Et sûrement, il vaut mieux les retenir que de trop songer, par opposition, aux possibilités de récidive de la grossesse ectopique elle-même dont L. Meyer (1), Frankenthal (2), Abel (3), Ross (4) et Kokmann (5) ont donné des exemples partout cités. En effet, si la statistique de Funck-Brentano établit, une fois de plus, le bien fondé de la formule de Pinard sur la nécessité d'opérer toujours toute grossesse extra-utérine diagnostiquée, elle montre, en outre, combien nous devons rester soucieux de laisser à nos opérées la possibilité d'une maternité ultérieure.

3° *Grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal toléré sans accident ou suppuré.* — Le kyste fœtal ancien, suppuré ou non suppuré, n'a guère de particulier que son contenu, que son *ossuaire fœtal*, comme le nomme Pozzi. Mais, abstraction faite des manœuvres un peu spéciales que nécessite par conséquent son évacuation, il n'en reste pas moins assimilable à un kyste quelconque, et notamment à un kyste dermoïde. Il est donc inutile d'insister sur le traitement de semblables tumeurs. Le *kyste fœtal suppuré* m'arrêtera seul un instant.

Comme dans toute collection kystique, l'intervention immédiate s'impose, aussi bien quand la tumeur forme une collection unique, que dans les cas les plus graves caractérisés par la coexistence de lésions péritonéales suppuratives, plus ou moins complexes, produites soit par propagation infectieuse, soit par

(1) L. Meyer. *Hosp. Tidende*, 1890, t. VIII, p. 677.
(2) Frankenthal. *Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 253.
(3) K. Abel. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd XLIV, p. 55.
(4) W. Ross. *Amer. J. of Osbst.*, 1896, t. XXIII, p. 284.
(5) O. Kokmann. *Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 1221.

effraction purulente. Dans ce dernier cas, on peut être conduit, d'urgence, aux laparotomies les plus graves. Et celles-ci, suivant la circonstance et des indications impossibles à détailler sans refaire toute l'histoire des tumeurs abdominales compliquées, se terminent soit par des ablations totales, soit par des interventions incomplètes, suivies de tamponnement et de drainage. A ce groupe appartiennent les cas semblables à celui dont Hofmeier (1) a donné la relation en 1888 : « J'ai opéré un cas dans lequel je fus forcé de me départir des règles ordinaires. Il s'agissait d'un sac fœtal, en pleine décomposition putride, qui s'était ouvert dans la cavité abdominale, et qui avait déjà provoqué une péritonite violente, généralisée. Aussitôt après l'incision de la paroi abdominale, on voyait le gaz et le pus s'échapper, en sifflant, des ouvertures de la poche. L'infection du péritoine n'étant plus à redouter, puisqu'elle avait déjà eu lieu, je pratiquai l'extirpation totale du foyer putride ; puis je fis l'*amputation du corps* de l'utérus, qui était détaché de chaque côté de ses annexes, et qui ne tenait plus qu'à un col anémié et étiré. »

Mais, en général, ces cas ultra-graves étant exceptés, c'est le kyste fœtal suppuré qui constitue tout le mal, et trois conditions peuvent alors se présenter. Tantôt, le kyste a les mêmes allures qu'une tumeur annexielle mobile quelconque et doit être traité de même. Ici encore, on aura donc à discuter les avantages comparés de l'*extériorisation*, de l'*ablation* ou de l'*hystérectomie abdominale*, et les conclusions actuellement acceptées sont les mêmes que celles dont nous avons parlé à propos du traitement des grossesses ectopiques, avec fœtus mort depuis longtemps. Tantôt, le kyste vient s'offrir de lui-même, soit par un plastron abdominal, soit en bombant dans l'un des culs-de-sac vaginaux, et rien n'est plus simple que de l'inciser par l'une ou l'autre de ces voies. Grâce aux adhérences périkystiques, l'opération est aussi bénigne que l'ouverture d'un

(1) Hofmeier. *Manuel de gynécologie opératoire* (Trad. franç. de Lauwers). Paris, 1889, p. 429.

abcès quelconque. Les débris fœtaux sont enlevés à l'aide des doigts ou d'une pince. Ils sont parfois tellement inscrustés, que, sous peine de provoquer des déchirures viscérales, il vaut mieux les abandonner et confier au drainage leur élimination ultérieure. La désinfection du sac est assurée par des lavages appropriés, et la guérison s'obtient dans les meilleures conditions.

« Peut-être, comme le dit Pozzi (1), dans certains cas déterminés où le kyste volumineux sera fortement enclavé dans le cul-de-sac de Douglas, pourra-t-on préférer à l'élytrotomie la *périnéotomie*, soit *transversale*, soit *verticale*, ou l'*incision parasacrée*, ou même pourra-t-on avoir recours à la *voie pelvienne*, après résection préliminaire du coccyx et d'une partie du sacrum. C'est à l'avenir qu'il appartient de préciser les applications de ces opérations encore nouvelles. »

Tantôt, enfin, on se trouve en présence d'un kyste *spontanément ouvert* au niveau de l'*abdomen*, dans le *vagin*, dans le *rectum*, dans les *deux à la fois* ou dans la *vessie*. En cas d'*ouverture abdominale* ou *vaginale*, il suffit d'agrandir la fistule et de se comporter ensuite comme après une incision simple. Si l'ouverture est faite dans le rectum, il serait mauvais de suivre le conseil autrefois donné par Duncan et Parry et d'utiliser la brèche rectale pour assurer l'évacuation kystique. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'inciser très largement la poche, par l'abdomen ou le vagin, et de tout faire pour obtenir la cicatrisation de la fistule rectale. Il y a cependant des cas dans lesquels la voie rectale s'impose. C'est ainsi que Pinard a dû faire, une fois, la basiotripsie par le rectum. Quant aux kystes ouverts dans la *vessie*, ils peuvent peut-être, comme l'a pensé Winckel, s'évacuer et guérir par simple *dilatation uréthrale*, ou bien encore par *taille uréthrale*, lorsqu'ils contiennent des petits fœtus morts avant le cinquième mois ; mais, les kystes à plus gros fœtus réclament des interventions plus complètes, telles que la *cystotomie* ou la *laparotomie*.

(1) Pozzi. *Loc. cit.*, p. 971.

Pour compléter ce qui précède, peut-être devrais-je donner la technique détaillée des opérations dont j'ai discuté les indications ; je ne le crois pas. A m'engager dans cette voie, je risquerais trop d'oublier les limites ou même l'esprit de mon rapport. Et, bien que chirurgien, j'y renonce. S'il était possible qu'il y eût, parmi nous, des adversaires de l'intromission chirurgicale dans le domaine obstétrical, peut-être penseraient-ils qu'en procédant de la sorte, je me laisse aussi guider par ce fait que les grossesses ectopiques de plus de cinq mois vont, comme on l'a dit, plus souvent vers l'accoucheur que vers le chirurgien. Ce serait une erreur. Je sais bien que, dans les écrits consacrant la fusion nécessaire et les très justes noces de l'obstétrique et de la gynécologie, leur ménage à trois avec la chirurgie n'a pas toujours été vu d'un très bon œil ; et, fait bien inquiétant pour votre rapporteur, on a même écrit que « si le médecin n'est que l'un ou l'autre (accoucheur ou gynécologue), il ne sera jamais qu'un savant incomplet, un monorchide scientifique ». Cette boutade de mon ami Auvard (1) contient bien sa part de vérité. Le génitologue idéal, ainsi qu'il le nomme, devrait être, en effet, accoucheur émérite, médecin consommé et chirurgien merveilleux. Mais, hélas ! cette trilogie est peut-être difficile à réaliser par un seul ; et, mieux vaut, sûrement, poursuivre le perfectionnement de notre art, par la division du travail, que de nous soupçonner de monorchidie réciproque. Pardonnez-moi la forme un peu légère de cette digression et n'en voyez que le fond. Dussiez-vous me rappeler à l'ordre, je n'en resterai pas moins heureux d'avoir saisi cette occasion, si naturelle aujourd'hui, de proclamer la valeur des services que nous pouvons nous rendre, et la nécessité formelle de notre parfaite union. Je terminerai donc là ce travail en groupant, de la manière suivante, les conclusions principales qui s'en dégagent.

(1) AUVARD. *Traité pratique de gynécologie*, Paris, 1892, p. 5.

Traitement des grossesses ectopiques.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

« *Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.* » Quelques grossesses ectopiques peuvent, toutefois, s'arrêter, d'elles-mêmes, dans les premières phases de leur évolution et guérir spontanément, mais elles sont la trop grande exception pour diminuer la portée de cette règle générale.

PREMIÈRE PARTIE. — *Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois.*

I. — Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois évoluant normalement. — L'ablation totale, par *laparotomie*, du kyste fœtal et des seules annexes intéressées est le traitement de choix. L'ablation par *colpotomie* antérieure ou postérieure a donné des succès, mais il est beaucoup plus sûr de recourir à la *laparotomie*. Peut-être, certaines grossesses jeunes sont-elles justiciables de l'*évacuation par incision, avec suture consécutive et remise en place de la trompe ainsi reconstituée.*

Cas particuliers : — a) *Siège intra-ligamentaire et sous-péritonéo-pelvien du kyste fœtal.* — L'ablation par *laparotomie* reste l'opération de choix. Les seules particularités à noter concernent les *difficultés de l'énucléation*, l'étendue des décollements, et, par conséquent, l'obligation fréquente du *drainage sus-pubien.*

b) *Siège du kyste fœtal dans une corne utérine rudimentaire.* — On doit enlever le kyste par *laparotomie*. Souvent le pédicule est assez petit pour qu'il soit facile de pratiquer l'ablation, sans trop entamer l'utérus. Pour peu que la pédiculisation soit difficile, il faut faire l'*hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale.*

c) *Grossesses tubo-interstitielles.* — Par exception, on peut

les enlever par *hystérectomie vaginale* ; mais, comme leur diagnostic est impossible sans examen direct, elles relèvent uniquement de l'*hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale*. — Par opposition à cette intervention radicale, il pourrait être avantageux d'ouvrir simplement le kyste dans l'utérus (sorte d'*extériorisation intra-utérine* conseillée par Kelly).

d) *Coexistence, avec la grossesse ectopique, de lésions siégeant sur les annexes de l'autre côté ou d'un néoplasme utérin (fibrome ou cancer)*. — Durant les *trois ou quatre premiers mois*, alors que le placenta n'est pas encore trop gros, l'*ablation totale par voie vaginale* est certainement l'opération la plus avantageuse. — *Passé cette date*, à cause du volume du placenta et de la friabilité de l'utérus, la *laparotomie* reprend tous ses droits sur l'opération de Péan. — Si le diagnostic de la coexistence en question n'est fait qu'après ouverture du ventre, il va de soi qu'il faut, *séance tenante* et *par la même voie*, procéder à l'ablation nécessaire.

II. — Traitement des grossesses ectopiques de moins de cinq mois compliquées.

A. — TRAITEMENT DES COMPLICATIONS HÉMORRHAGIQUES. — Dans la longue série des complications hémorrhagiques qui s'échelonnent depuis l'*hématosalpinx* jusqu'à l'*inondation péritonéale*, il y a forcément des *cas limite* dont le mode de traitement variera toujours avec les tendances, le coup d'œil et l'expéricnce de chaque opérateur. En prenant dans cette série les deux termes extrêmes (l'*hématosalpinx* et l'*inondation péritonéale*), et deux de ses termes intermédiaires (l'*hématocèle enkystée* et l'*hématocèle à poussées hémorrhagiques*), on peut toutefois donner une certaine précision aux règles thérapeutiques dont relèvent ces quatre variétés maîtresses.

1° *Traitement de l'hématosalpinx compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale, mais constituant une tumeur énucléable en totalité*. — L'incision simple de la poche avec nettoyage de sa cavité, puis suture des parois et *remise en place de la trompe ainsi réparée*, est conseillée par

quelques chirurgiens. Martin a procédé de la sorte *par le vagin*, et d'autres *par le ventre*. Cette opération très *conservatrice*, et par conséquent séduisante, n'a, sans doute, que des indications exceptionnelles. — Dans l'immense majorité des cas, la seule conduite rationnelle est d'*enlever la trompe gravide avec son contenu*, et les règles du traitement sont exactement les mêmes que pour les grossesses ectopiques évoluant normalement : l'ablation par *colpotomie antérieure* ou *postérieure*, malgré les succès qu'elle a donnés, doit être repoussée comme infidèle et périlleuse. — *Tout hématosalpinx, compliqué ou non d'effraction sanguine intra-péritonéale, mais offrant les caractères d'une tumeur énucléable, relève uniquement de l'ablation par laparotomie.* — A cette règle, une seule exception, la même que pour les grossesses ectopiques en voie d'évolution normale : quand il y a *bilatéralité des lésions annexielles, ou coexistence d'un néoplasme utérin*, il faut faire la *castration utéro-annexielle totale, par le vagin*, durant les quatre premiers mois, et, passé cette époque, *par laparotomie.*

2° *Traitement de l'hématocèle enkystée.* — En présence d'une hématocèle confirmée, sans poussées hémorrhagiques, et assez grosse pour réclamer l'intervention, c'est l'*incision vaginale qui doit être considérée comme l'opération de choix.* Dans la majorité des cas, elle donne la guérison, avec disparition ultérieure de tous les reliquats anatomo-pathologiques annexiels ou autres. Il est possible que cette guérison définitive ne se fasse pas, et que les indications d'une intervention ultérieure se posent ; mais, la *colpotomie* n'en conserve pas moins *tous les avantages d'une opération d'attente*, simple et bénigne, qui permet de remplir les indications de l'heure présente, sans engager l'avenir. — Quand la colpotomie rencontre quelque difficulté imprévue, comme le *retour de l'hémorrhagie* ou la constatation de *grosses lésions annexielles exigeant l'ablation*, rien de plus simple, en général, que de remplir aussitôt les indications *par voie vaginale*, soit en enlevant simplement les annexes qui saignent, soit en pratiquant la cas-

[illegible]

[illegible] En cas [illegible] des altérations [illegible] combiné [illegible] difficiles et [illegible] immédiat [illegible] qu'il vaut mieux faire la [illegible]

[illegible] hémorrhagiques [illegible] doit être le traitement de l'hémorrhagie [illegible] respectives de la [illegible] sont pour ainsi dire [illegible]. On peut [illegible]. Mais au moindre

retour de l'hémorrhagie, il faut être prêt à *laparotomiser* sans l'ombre d'un retard.

4° *Traitement des hémorrhagies profuses* (*inondation péritonéale*). — A côté des inondations péritonéales, toujours mortelles, quand on n'intervient pas, il y a certainement des *hémorrhagies très abondantes* susceptibles de s'enkyster, et, par conséquent, *justiciables de l'expectation*. Mais, comme à la phase initiale et dramatique de toute hémorrhagie profuse, il n'existe pas un seul signe clinique permettant de déterminer les chances d'enkystement; comme il est maintenant démontré que l'expectation fournit environ 86 pour 100 de mortalité, et l'intervention 85 pour 100 de guérisons; comme la moindre observation personnelle bien prise suffit à prouver que la laparotomie d'urgence est le seul moyen d'éviter une mort certaine, il n'y a vraiment pas de doute possible sur la meilleure conduite à suivre : *En présence de l'ictus péritonéal révélateur d'une hémorrhagie grave, il faut, sans restriction, accepter la très formelle indication de la laparotomie, immédiate quand on le peut, et, en tous cas, aussi précoce que possible.* — Il ne saurait être ici question d'intervention par *voie vaginale*. — *La laparotomie est la seule opération qui permette l'hémostase dans les conditions voulues de sécurité et de rapidité.*

B. — Traitement des complications septiques et suppuratives. — Ici, comme dans toutes les suppurations pelviennes, l'*incision vaginale* est, sans discussion possible, le traitement de choix des *hématocèles suppurées*, comme de *toute collection purulente bien limitée, uniloculaire et facilement accessible par le vagin*. L'*hystérectomie vaginale* est l'opération la meilleure, quand il y a *bilatéralité* de lésions annexielles, à cette double condition que l'âge de la grossesse ne fasse pas redouter un *placenta trop gros*, et que l'ensemble de la *masse* à enlever ne soit *pas trop volumineux*. L'ablation par *laparotomie* reste la seule opération rationnelle, quand il y a doute sur les lésions des annexes non gravides, quand la grossesse a dépassé le quatrième mois, et quand l'ensemble de

la masse à enlever remonte assez au-dessus du pubis pour être plutôt *abdominale* que *pelvienne*. Cette appréciation ne se fait pas au centimètre. C'est une question de coup d'œil, ou mieux d'exploration bimanuelle, pratiquée par un chirurgien expérimenté.

Deuxième partie. — *Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois.*

Sauf pour certains kystes fœtaux, la *laparotomie* est ici la seule intervention possible.

1. — **Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois avec fœtus vivant.** — Les deux seules questions à discuter sont celles-ci : *Quand* et *comment* faut-il opérer ?

Quand faut-il opérer ? — Tout de suite, évidemment, quand la grossesse est à *terme*. Lorsque le fœtus est *vivant, mais pas encore viable,* ou même quand il est *viable*, mais *point à terme*, la réponse est plus délicate. — Lorsqu'un *fœtus* est *vivant*, mais à plusieurs semaines de la date minimum de sa viabilité, les dangers à courir sont trop grands et l'*intervention immédiate s'impose.* — Lorsqu'on est au contraire *plus près de l'époque de viabilité*, on peut essayer de *sauver mère et enfant*, à cette condition tout à fait irréductible, que *le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la vie de la mère.* — L'expectation étant décidée dans ces conditions, faut-il opérer dès le septième mois, ou bien attendre le huitième et le neuvième ? A tant faire que d'attendre, si la mère est en parfait état, si le moindre soupçon d'un danger quelconque pour elle nous trouve prêt à une action immédiate, il vaut mieux attendre que le fœtus se développe le plus possible. En somme, et sans qu'il soit possible de mieux préciser, il convient de laisser aux *circonstances* le soin d'indiquer le bon moment de l'intervention.

Comment faut-il opérer ? — L'*élytrotomie* doit être absolument repoussée. Les seules opérations possibles sont ici : l'*extériorisation abdominale* du sac, avec *abandon du pla-*

centa; l'*extériorisation* avec *ablation du placenta ;* l'*ablation totale du kyste fœtal.* — Les faits le démontrent et la prudence l'exige ; il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'*extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste* et *abandon du placenta.* — A cette règle, il y a toutefois trois exceptions : la *première* concerne les quelques grossesses tubaires dont la facile énucléabilité peut autoriser l'ablation. La *deuxième* se rencontre quand on se trouve en présence d'une hémorrhagie par décollement partiel d'un placenta qu'il est indispensable d'enlever complètement pour l'hémostase. La *troisième*, enfin, répond aux cas dans lesquels il n'y a pas de sac, ainsi qu'il arrive quand il y a *rupture secondaire du sac*, avec *fœtus libre dans la cavité abdominale.* Dans ces conditions, il ne saurait pas plus être question de marsupialiser une poche qui n'existe pas, que d'abandonner un placenta dont l'ablation, coûte que coûte, s'impose aussi nettement.

II. — **Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois, dont l'évolution est troublée, soit par une complication proprement dite, soit par la mort du fœtus.**

A. — Traitement des grossesses ectopiques de plus de cinq mois compliquées d'hémorrhagie par rupture ou de péritonite suppurée. — *L'hémorrhagie par rupture* commande ici, comme pour les grossesses plus jeunes, la *laparotomie d'urgence.* — L'*extériorisation* du kyste doit être tentée, mais, les difficultés de l'hémostase exigent souvent des *interventions plus complètes* et notamment l'*ablation complète du placenta.* — A son tour, la *péritonite suppurée* ne fait que précipiter l'urgence de la *laparotomie* sans modifier beaucoup la nature de l'intervention.

B. — Traitement des grossesses extra-utérines de plus de cinq mois avec fœtus mort. — 1° *Grossesse avec mort récente du fœtus.* — Elle est assimilable à la grossesse avec fœtus vivant, au point de vue des complications hémorrhagiques à redouter. Sauf urgence, il est donc prudent d'attendre que la *circulation inter-kysto-placentaire soit ralentie et de reculer*

l'intervention; à cette condition, toutefois, que *le retard ne dépasse jamais six semaines.* Il importe en effet beaucoup de ne pas attendre *le retour des règles* et les *menaces de rupture* par *hyperdistension kystique* dont elles sont généralement le signal. — La même similitude se retrouve dans le traitement. L'*élytrotomie* doit être repoussée. — Les tentatives d'ablation entraînent des périls si positifs que, abstraction faite des trois exceptions déjà citées (grossesse tubaire dépassant le cinquième mois sans rupture et offrant une énucléabilité relativement facile; hémorrhagie par décollement placentaire; absence de sac avec fœtus libre dans la cavité abdominale), *il faut, en règle générale, que l'intervention se borne à l'extraction du fœtus avec simple extériorisation du kyste et abandon du placenta.*

2° *Grossesse avec fœtus mort depuis longtemps.* — L'*élytrotomie* reprend ses droits, et *devient une bonne opération,* quand le kyste fœtal plonge assez fortement dans l'excavation pour être franchement abordable par le vagin et quand le placenta n'est pas inséré à sa face inférieure. — *L'extériorisation abdominale du kyste reste l'opération de choix dans la majorité des cas,* et ses résultats sont d'autant meilleurs que *l'ablation du placenta est ici très indiquée.* — L'*extirpation partielle* du sac peut être faite quand les adhérences ne s'y opposent pas. Avec ce qui reste de cette membrane, il faut alors faire un *sac de dimension minimum,* dont on assure le drainage par une *contre-ouverture vaginale.* Ce procédé a l'avantage de permettre la fermeture de la paroi abdominale, et d'éviter les éventrations consécutives.

Ce *dernier procédé* peut être employé *en cas de fœtus libre* dans la cavité abdominale, alors que le sac est réduit à ce qui enveloppe le placenta. Mais, en général, *en cas de fœtus libre,* il vaut mieux *enlever le placenta et tout ce qui l'enveloppe,* de manière à faire une toilette pelvienne aussi complète que possible. Lorsqu'elle est tout à fait satisfaisante, on peut, à la rigueur, fermer complètement la paroi abdominale, sans drainage.

Lorsque le fœtus est dans un *sac complet, l'extirpation totale du kyste* est plus souvent permise ici qu'avec un fœtus vivant ou mort récemment. Mais, ses *indications* n'en demeurent pas moins *exceptionnelles*. — Quant à la *castration utéro-annexielle abdominale totale,* c'est, dans le cas particulier, une grosse et grave opération dont les *indications, tout à fait restreintes*, se résument de la manière suivante : *Elle doit être réservée uniquement aux cas dans lesquels une ablation de kyste fœtal ayant été commencée, on juge qu'il serait impossible de la faire isolément, sans manœuvres longues et laborieuses qui dépasseraient la force de résistance des malades. Elle donne alors le moyen de simplifier les choses, d'aller plus vite et d'éviter les inconvénients d'un large drainage sus-pubien. Pour des raisons d'un tout autre ordre, le siège tubo-interstitiel de la grossesse, ou la présence d'un néoplasme utérin concomitant, sont, à leur tour, des indications non douteuses de l'hystérectomie abdominale.*

3° *Grossesse ectopique devenue vieux kyste fœtal toléré sans accident, ou suppuré.* — Un *vieux kyste fœtal* n'a de spécial que son *ossuaire* et les manœuvres particulières d'extraction que celui-ci nécessite. — Il peut se compliquer de *lésions péritonéales suppuratives* exigeant la *laparotomie* d'urgence, et celle-ci se termine, suivant les cas, par une *extirpation totale*, ou par une *ablation incomplète* avec drainage consécutif. — En général, c'est le *kyste fœtal* qui constitue tout le mal, et trois cas peuvent se présenter. — Tantôt le *kyste* a les mêmes allures qu'une *tumeur annexielle relativement mobile.* Il est alors justiciable des indications opératoires spécifiées à propos du traitement des grossesses ectopiques avec fœtus mort depuis longtemps. — Tantôt le kyste vient s'offrir de lui-même au bistouri, soit par un *plastron abdominal*, soit en *bombant dans l'un des culs-de-sac vaginaux.* — Tantôt enfin, on se trouve en présence d'un *kyste spontanément ouvert* au niveau de l'*abdomen*, dans le *vagin*, dans le *rectum*, ou dans la *vessie*. Dans les deux premiers cas, leur *incision* n'est que l'*agrandissement de la fistule préexistante.* En cas de fistule rectale, il faut, sauf exception,

se garder de la mettre à contribution, et *inciser largement par l'abdomen ou le vagin.* Quant aux kystes ouverts dans la *vessie*, ils peuvent s'évacuer par l'urèthre lorsqu'ils contiennent de très petits fœtus morts avant le cinquième mois ; mais les kystes à plus gros fœtus réclament des interventions plus complexes, telles que leur mise à jour par *cystotomie* ou *laparotomie.*

BIBLIOGRAPHIE

Die Bedeutung der Tubenruptur und der Tubäraborts für Verlauf. Prognose und Therapie der Tubärschwangerschaft, par H. FEHLING. Extrait du *Zeitschrift für Geburtshülf und Gynäkologie*, Band XXXVIII, Heft 1.

Dans cet article l'auteur étudie, d'après 83 cas de grossesse tubaire observés dans ces 3 dernières années à la clinique gynécologique de Halle, les différences qui existent au point de vue de l'évolution, du pronostic et du traitement entre la rupture de la trompe et l'avortement tubaire.

Après quelques considérations d'anatomie pathologique et de symptômes, l'auteur en vient à considérer le pronostic et le traitement. Pour le pronostic, Fehling reconnaît que la rupture de la trompe est beaucoup plus grave que l'avortement tubaire, l'hémorrhagie dans les cas de rupture pouvant tuer la malade en quelques heures. L'avortement tubaire avec l'hématocèle au contraire est d'un pronostic beaucoup plus bénin, la guérison spontanée avec des soins simplement médicaux étant fréquente dans ces cas. Au point de vue thérapeutique, l'auteur conclut que dans la rupture, lorsqu'on a pu faire le diagnostic, il faut intervenir par l'abdomen; dans l'avortement tubaire avec hématocèle, il rejette complètement l'incision vaginale, excepté dans certains cas d'hématocèle infectée, et admet comme seule opération rationnelle, dans la majorité des cas, la laparotomie avec ablation de la ou des annexes malades. P. LECÈNE.

Ein Junges Mädchen von männlichem Geschlechte. Verhängnissvolle Folgen einer irrthümlichen Geschlechtsbestimmung, par Dr F. NEUGEBAUER. Extrait de *Intern. Photogr. Monatschrift f. mediz. und Naturwiss.* (III), 1896.

« Une jeune fille du sexe masculin ; conséquences fatales d'une

erreur dans la détermination du sexe. » Tel est le titre du travail de Neugebauer, qui vient d'être appelé juridiquement pour déterminer le sexe d'une jeune fille qui avait été arrêtée sous l'inculpation d'empoisonnement ; elle avait en effet avoué avoir essayé de se suicider avec de la strychnine, et elle prétendait que c'était par erreur que sa mère et son jeune frère avaient mangé de la soupe empoisonnée ; quand on lui demanda pourquoi elle avait voulu se suicider, elle répondit que c'était parce qu'elle se sentait d'un autre sexe que celui auquel elle appartenait socialement et officiellement. Neugebauer appelé à visiter l'accusée avec d'autres collègues, reconnut en effet que la prétendue jeune fille était un hermaphrodite à prédominance masculine, dont la verge hypospade mesurait 6 centimètres à l'état de flaccidité, 9 à l'état d'érection, et était capable d'éjaculer un liquide ressemblant à du sperme et qui fut reconnu microscopiquement comme tel, avec spermatozoïdes bien vivants. Il y avait en outre un petit vagin au fond duquel on sentait un petit col atrophique, ainsi qu'un petit corps utérin bicorne, par la palpation bimanuelle. Les testicules n'étaient pas dans le scrotum (ou plutôt les grandes lèvres qui en tenaient lieu ici), ni dans les anneaux inguinaux, mais en ectopie abdominale, là où auraient dû être normalement les ovaires.

« La rectification sur les registres du sexe fut faite à la suite de cet examen... »

A la fin de son article, Neugebauer appelle encore une fois l'attention sur ces faits encore assez fréquents relativement d'erreur dans la détermination du sexe, dont les conséquences peuvent être si dramatiques (cas de Tardieu, cas présent), et se rallie à l'opinion de Leblond et Garnier qui ont proposé de faire une loi tendant à faire inscrire à la rubrique « sexe indéterminé », les nouveau-nés dont le sexe ne paraîtrait pas d'une évidence absolue, avec plus tard un examen médico-légal, fixant définitivement le sexe à l'âge de la puberté. P. Lecène.

Die Kolpectomie zur Beseitigung des Prolapses älterer Frauen, par Dr Wormser. Extrait de *Monatschrift für Geburtsh. und Gynæk.*, Bd VII, Heft 4, 1898.

L'auteur rapporte 8 cas de kolpectomie pour prolapsus chez des femmes âgées de 53 à 70 ans, et dans lesquels il obtint une guérison parfaite, constatée de dix à vingt-trois mois après l'opération. Il conclut de cette série de cas que dans le traitement du prolapsus génital,

c'est sur le vagin surtout qu'il faut intervenir. « L'extirpation de l'utérus pour prolapsus, dit-il, est donc une intervention irrationnelle, car sans excision du vagin, elle donne des résultats incertains, et si l'on fait l'excision du vagin, elle est superflue. » Il donne de beaucoup la préférence dans le traitement du prolapsus chez les vieilles femmes à la kolpectomie, opération simple, facile, sans dangers et donnant des résultats bons et durables. P. Lecène.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Baldy (**J.-M.**). The relations of nervous disorders in women to pelvic disease. *Philadelphia medical Journal*, 16 july 1898, t. II, p. 130. — **Bossi**. Sull'abuso delle operazioni demolitrici o sul significato della cervicectomia. *Archivio di ostetricia e ginecologia*, 1898, p. 321. — **Christophen**. The nature and management of puberty. *Americ. gyn. and obst. J.*, juillet 1898, p. 1. — **Conmandeur**. Embolies septiques mortelles d'origine annexielle survenues à la suite d'une colpo-périnéorrhaphie. *Semaine gynéc.*, 1898, p. 244. — **Currier** (**A.-J.**). Clinical phenomena relating to the nervous system in connection with diseases of the female generative organs. *Americ. gyn. and obst. J.*, juillet 1898, p. 20. — **Dercum**. On the relation of the great neuroses to pelvic disease. *The Am. gyn. a. obst. J.*, août 1898, p. 119. — **Dercum**. Are nervous and mental diseases cured by pelvic operations. *Annals of ginec. a. ped.*, août 1898, p. 791. — **Flœkinger**. Ein positiver Fall von Sondirung der Fallopischen Tuben. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 34, p. 928. — **Halban**. Ueber die Verbindung des queren Fundalschnitts mit Resektion der Tuben (Sterilization). *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 31, p. 815. — **Harold M. Moyer**. Nervous and mental diseases Following pelvic operations. *Annals of gyn. a. ped.*, août 1898, p. 799. — **Hermann W. Freund**. Zur Beziehung zwischen der Schilddrüse und den weiblichen Geschlechtorganen. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 32, p. 857. — **Gilman** (**Warren R.**). Gonorrhea in women. *Bost. med. a. surg. J.*, 1er septembre 1898, p. 214.— **Lapthorn Smith**. The relative advantage of the vaginal and the abdominal route. *British med. Journal*. Londres, 20 août 1898, p. 471. — **Lenoir** (**O.**). *Perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale*. Th. Paris, 1897-98, n° 463. — **Otto v. Franqué**. Beschreibung einigen seltener Eierstockspräparate. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXXIX, Hft 2, p. 326. — **Oskar Schœffer**. Ein Beitrag zur Frage der « Tussis uterina » und ähnlicher Reflexerscheinungen. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 31, p. 819. — **Peterson** (**F.**). Is pelvic disease a causa of nervous and mental affection. *Annals of ginec. a. ped.*, août 1898, p. 787. — **Reynier**. Psychoses post-opératoires. *Sem. gynécologique*, 1898, p. 236. — **Richter** (**Paul**). Ein Beitrag zur Werthlosigkeit der sitten-

polizeilichen Untersuchung der Prostituiren. *Deutsche mediz. Zeitung*, 1898, p. 589. — **Walter Heape**. The menstruation and ovulation of monkeys and the human female. *Transactions of the obstetrical Society of London*, mars, avril, mai 1898, p. 161. — **Wathen (William H.)**. Surgery of the uterus and adnexa per vaginam. *Am. J. of Obstetrics*, 1898, II, 51.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Braitenberg (Jos. v.)**. Behandlung von Uterusblutungen mit Stypticia. *Wiener medizin. Presse*, 1898, p. 1378. — **Gomès**. *De l'opothérapie ovarienne*, 1897-98, n° 600. — **Jacobs**. Organothérapie ovarienne en chirurgie. *Annales de la Soc. belge de chir.*, 1898, t. VI, p. 212. Discussion : Debaisieux, Jacobs et Verhoef. — **Jacobs**. Organothérapie ovarienne en chirurgie. *Sem. gynéc.*, 19 juillet 1898, p. 229. — **Lachatre (J.)**. *De l'emploi de la gélatine dans les métrorrhagies*. Th. Paris, 1897-98, n° 521. — **Mann**. The surgical treatment of sterility. *Annals of gyn. and obst.*, july 1898, t. XI, p. 722. — **Pincus**. Das vorlaüfige Ergebnis der Vaporisation. *Centr.-Bl. f. Gyn.*, 1898, p. 1019. — **Stansburg Sutton**. Should non absorbable ligatures be discarded in gynecological surgery ? *New. York medical News*, 6 août 1898, p. 164.

VULVE ET VAGIN. — **Baldy**. A case of recurrent vulvar Growth. *Am. J. Obst.*, septembre 1898, p. 370. — **Beyea**. A contribution to our knowledge of chronic inflammatory hyperplasia of the vulva. *Am. J. Obst.*, septembre 1898, p. 315. — **Busse**. Ueber die sogenannte Perivaginitis phlegmonosa dissecans. *Arch. f. Gyn.*, Bd LVI, Hft III, p. 489. — **Ferroni**. Osservazioni sulla struttura della cisti della glandola vulvo-vaginale. *Annali di ost. e ginec.*, 1898, p. 513. — **Hausemann**. Drei Fälle von Hermaphrodismus. *Berl. klin. Woch.*, n° 25, 1898. — **Jackson and Wright**. A case of kolpitis emphysematosa. *The Boston med. a. surg. Journal*, 28 juillet 1898, p. 82. — **John Philipps**. Fibromyoma of vaginal wall (with microscopical side). *Transactions of the obstetrical Society of London*, mars, avril, mai 1898, p. 130. — **Landau (T.)**. Die vaginale Cöliotomie. *Deutsch. mediz. Zeitung*. Berlin, 1898, p. 741 et 751. — **Landau**. Vaginal cœliotomy. *British med. Journal*. London, 20 août 1898, p. 465. — **Picqué**. De la valeur de la colpotomie. *Sem. gynéc.*, 12 juillet 1898, p. 220. — **Pion**. *Contribution à l'étude de l'imperforation de l'hymen*. Th. Paris, 1897-1898, p. 118. — **Raimond**. *De la colpocèle*. Th. Paris, 1897-98, n° 617. — **Raimond**. De la colpocèle. *La Gynécologie*, 1898, p. 319. — **Zaharoff**. *Contribution à l'étude du molluscum pendulum de la vulve*. Th. Paris, 1897-98, n° 545. — **Whitridge Williams**. Diphtheria of the vulva. *Am. J. of Obst.*, août 1898, p. 180.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Duret**. Des causes d'irréductibilité dans l'inversion utérine et de leur traitement. Nouveau procédé opératoire. *Semaine gynécologique*, 1898, p. 241. — **Lapeyre**. Opération d'Alquié-Alexander sans fils perdus. *La Gazette médicale du Centre*, 1898, p. 103. — **Landau (T.)**. Is retroflexion of the uterus a disease? *Medical Record*, N.-Y., 1898, t. II, p. 259. — **Papon**. *Des déchirures incomplètes et récentes du périnée et de leur traitement par l'emploi des serre-fines*. Th. Paris, 1897-98, n° 494. — **Petit (Paul)**. A propos de la technique du raccourcissement intra-péritonéal du ligament rond. *Semaine gynéc.*, 30 avril 1898,

p. 275. — **Piccoli.** Nuovo processo conservatore per la cura della inversione cronica dell'utero. *Archivio italiano di ginec.*, 1898, p. 153. — **Sielski.** Die Retroflexionsstreitfrages. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 33, p. 890. — **Smith (A. Lapthorn).** Pregnancy following ventrofixation, with improvements in the technique of the operation. *Am. J. of Obst.*, 1898, II, 66. — **Victor Wohl.** Ueber Retroflexio uteri und Alexander-Adams'ch Operation. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juillet 1898, p. 44.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Addinsel.** Intermenstrual pain. *Transactions of the obstetrical society of London,* mars, avril, mai 1898, p. 137. — **Bantock (G.).** The treatment of dysmenorrhæ. *British. gyn. J.* août 1898, p. 200. — **Bouilly.** Des hypertrophies glandulaires localisées du col utérin. *Sem. gynéc.*, 5 juillet 1898, p. 209. — **Dumning.** Menorrhagia and metrorrhagia as symptoms. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, nº 3, p. 243. — **Friedländer.** Ueber einige Wachsthums-veranderungen des kindlichen Uterus und ihre Rückwirkung auf die spätere Function. *Arch. f. Gyn.* Bd. LVI, Hft. III, p. 635. — **Grammatikati.** Meine Methode der Therapie der entzündlichen Zustande der Uterus und seiner Adnexa. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, août 1898, p. 176. — **Harvey R. Gaylord.** Malignant growths of the chorionic epithelium and their relation to the normal histology of the placenta. *The Am. J. of Obst.*, août 1898, p. 145. — **Marchand.** Ueber das maligne Chorion Epitheliom. nebst Mittheilung von zwei neuen Fallen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd XXXIX, Hft 2, p. 173. — **Moulon (C.).** *De la métrorrhagie d'origine paludéenne.* Th. Paris, 1897-1898, nº 477. — **Otto v. Franque.** Endometritis und Dysmenorrhæ. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 12, p. 306. — **Otto Folk.** Ueber eine teleangiectasische Veränderung fast der ganzen Cervia. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juillet 1898, p. 41. — **Reynier.** Traitement des métrites. *La Semaine gynéc.*, 7 juin 1898, p. 179. — **Stopin (R.).** *Essai sur les métrorrhagies de la ménopause.* Th. Paris, 1897-98, nº 497. — **Taïas.** *De la métrite chronique du col consécutive à sa déchirure.* Th. Paris, 1897-98, nº 574. — **Targett** et **Hellier.** Case of deciduoma malignum. *Transactions of the obstetrical society of London*, mars, avril, mai 1898, p. 113. — **Ventorini.** Ricerche istologiche sopra un utero cronicamente invertito. *Archivio italiano di ginec.*, 1898, p. 126.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIES. — **Angelesco.** *Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus.* Th. Paris, 1897-1898, nº 69. — **Baldy.** Two cases of primary carcinoma of the fundus uteri. *Am. J. Obst.*, septembre 1898, p. 345. — **Bonnet (S.).** De la ligature vaginale des pédicules utérins comme traitement des fibromes de l'utérus. *Sem. gynéc.*, 1898, p. 257. — **Charles Greene.** Remarks on the pathology of epithelioma of the uterus with reference to operative interference. *Boston med. and surg. J.*, 23 juin 1898, p. 584. — **Ferret.** Les kystes de l'utérus. *Sem. gynéc.*, 12 juillet 1898, p. 217. — **Fraenkel.** Die Fibrome des Uterus in ihren Beziehungen zur Sterilitat u. Fertilitat. *Monatssh. f. Geb. u. Gyn.*, août 1898, p. 117. — **Gubaroff.** Ueber einige Bedingungen zur Beurtheilung der Vorzuge der einzelnen Operationsmethoden bei Uterusmyomen. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, juillet 1898, p. 30, 157. — **Hawkins.** An ideal conception of an ideal hysterectomy for uterine carcinoma. *The Am. gyn. a. obst. J.*, août 1898, nº 113. — **Herbert R. Spencer.** Two cases of fibro-myoma of the uterus removed by operation from women under twenty-five

of age. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1898, vol. XL, p. 228. — **Ingianni**. Tunellizazioni dei tumori fibrosi dell'utero nell' isterectomia vaginale. *Archivio italiano di ginec.*, 1898, p. 149. — **Ingls Parsons**. The treatment of fibromyoma of the uterus. *The Lancet*, 23 juillet 1898, p. 196. — **Inverardi**. L'isterectomia vaginale nei fibromyomi dell' utero. *Archivio italiano di ginec.*, 1898, p. 144. — **John B. Shoker**. The use of mammary gland in the treatment of fibroids of the uterus and of parotid gland for ovarian disease. *Am. J. Obst.*, septembre 1898, p. 352. — **Jonnesco (T.)**. De l'hystérectomie totale vaginale et abdominale. *Archives des sciences médicales*. Paris, 1898, t. III, p. 172. — **Kreutzmann**. Fall von Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste. *Cent. f. Gyn*, 1898, n° 32, p. 873. — **Lewers**. Primary sarcoma of the body of the uterus (Deciduoma malignum). *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1898, vol. XL, p. 225. — **Longuet**. De l'hystérectomie vaginale totale pour le prolapsus utérin. *Gaz. des hôp.*, p. 991, 1898. — **Macnaughton-Jones**. Uterini fibroïd with anomalous ovarian tumour. *Transactions of the obstetrical society of London*, mars avril, mai 1898, p. 154. — **Peiser (E.)**. Anatomische und klinische Untersuchungen über den Lymphapparat des Uterus mit besonderer Berücksichtigung der Totalexstirpation bei carcinoma uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXXIV, Hft 2, p. 259. — **Peter Horrocks**. Fibromyoma of the uterus with sarcomatous degeneration. *Transactions of the obstetrical Society of London*, mars, avril, mai 1898, p. 178. — **Pichevin et Bonnet**. Quelques détails historiques à propos de l'hystérectomie abdominale totale. *La Semaine gynéc.*, 30 août 1898, p. 275. — **Pichevin**. Quelques détails historiques à propos de l'hystérectomie abdominale totale. *Semaine gynéc.*, 31 mai 1898, p. 168. — **Purcell**. The risks to the ureters when performing hysterectomy, etc. *The British gyn. J.*, août 1898, p. 174. — **Reimet**. *Les résultats de l'hystéropexie abdominale*. Th. Paris, 1897-98, n° 544. — **Rizzuti**. Ricerche istologiche sulla mucosa uterina nei fibromiomi. *Archivio italiano di ginec.*, 30 avril 1898, p. 105. — **Sapelli**. Della isterectomia vaginale. *Annali di ost. e ginec.*, p. 609. — **Strassmann** et **Lichmann**. Zur Pathologie der Myomerkrankung. *Arch. f. Gyn.* Bd LVI, Hft III, p. 503. — **Témoin**, de Bourges. Abdominelle Exstirpation der Fibrome mit theilweiser oder totale Erhaltung der Uterus. *Deutsch. med. Woch.*, n° 26, 30 juin 1898. — **Tessier (S.)**. *L'hystérectomie vaginale sans pinces à demeure et sans ligature (angiotripsie)* Th. Paris, 1897-98, n° 533.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Alban Doran**. Blood concretions in the ovary. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1898, Vol. XL, p. 214. — **Alban Doran**. Hæmorrhage from the Fallopian tube without evidence of tubal gestation. *Transactions of the obstetrical Society of London*, mars, avril, mai 1898, p. 180. — **Amand Routh**. Parametric and perimetric abscesses. *British. med. Journal*, Londres, 20 août 1898, p. 472. — **Bestazzoli**. Trattamento chirurgico delle forme suppurate degli annessi uterini. *Archivio ital. de ginec.*, 1898, p. 151. — **Cullingworth**. A discussion on the surgery of pelvic inflammation. *British med. Journal*. Londres, 20 août 1898, p. 461. — **Championnière (L.)**, **Reynier (P.)**, **Michaux**. Sur le traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac postérieur. *Société de chiruroie*, 1898, p. 717. — **Doyen**. The treatment of pelvic suppura-

tion. *British med. Journal; Londres.* 20 août 1898, p. 463. — **Geoffroy Saint-Hilaire.** *Des œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie (présclérose).* Th. Paris, 1897-1898, p. 452. — **Giglio.** 12 casi di ematocele pelvico intraperitoneale da aborto tubarico e tubo-ovarico. *Annali di ost. e. ginec.,* 1898, p. 465. — **Hubert Roberts.** A case of double pyosalpinx in which the tuben were enormously distended. *Transactions of the obstetrical Society of London,* mars, avril, mai, p. 121. — **Johnson (Joseph Taber).** Pus in the pelvis. *Am. J. of Obstetr.*, 1898, II, 24. — **Joly (S.).** *Etude de la tuberculose primitive des annexes de l'utérus.* Th. Paris, 1897-1898, nº 644. — **Jorfida.** Tre casi di tuberculosi primitiva degli annessi. *Clinica chirurgica,* 30 juin 1898, p. 254. — **Liell.** The advantages of vaginal section for pelvic suppuration and circumscribed hemorrhage. *Medic. Record,* 25 juin 1898, p. 938. — **Mass (B.).** Ovarialhernie mit Stieldrehung beim Kinde. *Bull. klin. Woch.,* 1898, p. 776. — **Martin.** The causes of pelvic suppuration. *British med. Journal,* Londres, 20 août 1898, p. 470. — **Massier (J.).** *De la valeur de la colpotomie postérieure dans les suppurations pelviennes.* Th. Paris, 1897-1898, nº 468. — **Noble (Charles P.).** The conservative treatment of pelvic suppuration of puerperal origin. *The Philadelphia medical Journal,* 23 july 1898, t. II, p. 175. — **Petzalis.** *Traitement des salpingo-ovarites.* Th. Paris, 1897-1898, nº 634. — **Phocas.** Incision vaginale dans les suppurations pelviennes. *Nord médical,* 1er juin 1898, p. 123. — **Reynier.** Valeur thérapeutique de l'incision du cul-de-sac postérieur vaginal dans le traitement des suppurations pelviennes. *Semaine gynéc.*, 19 juillet 1898, p. 227. — **Ries (Emil).** Plastic operations of the tubes. *Annals of gyn. and obst.,* july 1898, p. 728.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, OVARIOTOMIE. — **Arnal (E.).** *De l'intervention chirurgicale dans la rupture traumatique des kystes de l'ovaire.* Th. Paris, 1897-98, nº 454. — **Bovée (Wesley).** Patency of the stump after salpingectomy. *Am J. of Obstetrics,* 1898, II, 57. — **Baron (P.).** *Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.* Th. Paris, 1897-98, nº 506. — **Christophe Martin.** The conservative surgery of the ovary. *The Lancet,* Londres, 27 août 1898, p. 538. — **Clark.** Carcinoma developed from the wall of a dermoid cyst of the ovary. *Am. J. Obst.*, septembre 1898, p. 305. — **Da Costa.** Two cases of fibroma of the broad ligament. *Am. J. Obst.*, septembre 1898, p. 375. — **Doléris et Macrez.** Du papillome endo-salpingitique. *La Gynécologie,* 1898, p. 289. — **Dubois (E.).** *Contribution à l'étude des sarcomes de l'ovaire.* Th. Paris, 1897-98, nº 483. — **Falk.** Ueber primäre epitheliale Neubildungen der Eileiter (Eileiterkrebs). *Berlin. Klin. Woch.*, nos 25 et 26, 1898. — **Foger (Arthur).** Die Castration beim Weibe und ihre Beziehungen zum Gesammtorganismus. *Centr.-Bl. f. die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie.* Iena, 1898, 129. — **Henri.** Kyste de l'ovaire avec accidents péritonéaux dus à la torsion du pédicule. Laparotomie. Guérison. *Loire médicale,* Saint-Etienne, 1898, p. 205. — **Hubert Roberts.** A case of primary carcinoma of the Fallopian tube. *Transactions of the obstetrical Society of London,* mars, avril, mai 1898, p. 189. — **Landinski.** Absence of uterus and vagina, with sarcoma of one ovary and adeno-carcinoma of the other. *Am. J. of Obstetr.*, 1898, II, 78. — **Macnaughton (Jones).** Two interesting cases of ovariotomy. *Lancet,* 1898, II, 259. — **Malcolm.** Note on a case of rapid collapse and redevelopment of an ovarian cyst. *Lancet,* nº 3903, 18 juin 1898.

— **Pfister**. Die Wirkung der Castration auf den weiblichen Organismus. *Arch. f. Gyn.*, Hft III, p. 583. — **Riveis Pollock**. Dermoid tumour of both ovaries with very long ovarian ligament on the left side. *Transactions of the obstetrical Society of London*, mars, avril, mai 1898, p. 119. — **Rosendo Gutierrez de Velazco**. Quiste del ovario, operacion, curacion. *Cronica medica mexicana*. Mexico, 1898, t. II, p. 1 et 58. — **Routh (A.)**. Incarcerated ovarian (dermoïd) cyst removed during pregnancy. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1898, vol. XL, p. 217. — **Targett**. Double intestinal obstruction following ovariotomy. *Transactions of the obstetrical. Society of London*, mars, avril, mai 1898, p. 175. — **Trovati**. Contributo allo studio dell' endotelioma dell' ovaia. *Archivio italiano di ginec.*, 1898, p. 136. — **Zenoni**. Di un raro caso di cistoma multiloculare proliferante papillifero dell' ovaia. *Archivio. ital. de ginec.*, 1898, p. 138.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bastian**. Un cas de grossesse extra-utérine. Fœtus à terme, mort depuis quatre ans. Marsupialisation et drainage. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1898, p. 415. — **Bouilly**. Notes sur la grossesse extra-utérine tirées de l'analyse de 50 observations personnelles. *Semaine gynéc.*, 31 mai 1898, p. 171. — **Brettauer (Joseph)**. The diagnosis and treatment of early tubal pregnancy. *Medical News*, N.-Y., 1898, II, p. 98. — **Currier (Andrew F.)**. Removal by abdominal incision of the remains of an extra-uterine fœtation of fourteen years' duration. *Annals of gyn. and pæd.*, july 1898, p. 732. — **Haggard**. Vaginal incision and drainage in certain cases of ruptured ectopic gestation. *Americ. gyn. and obst. J.*, juillet 1898, p. 35. — **Routh (A.)**. Ruptured tubal gestation (at fourth or fifth week) ; operation ; recovery. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1898, vol. XL, p. 220. — **Rumley Dawson**. Rupture of an early (fifteenth day) tubal gestation complicated by fibromyomata of the uterus. *Transactions of the obstetrical Society of London*, mars, avril, mai 1898, p. 155. — **Stanmore Bishop**. Two cases of ectopic pregnancy. Recovery. *Lancet*, nº 3905, 2 juillet 1898.

ORGANES URINAIRES. — **Collet (C.)**. *L'incontinence d'urine d'origine uréthrale chez la femme*. Th. Paris, 1897-98, nº 616. — **Lawson**. An operation for elevation of the female bladder in prolapse or cystocele. *Brit. med. J.*, 1898, II, 232. — **Macnaughton-Jones**. Complete incontinence of urine cured by ventro-fixation of the uterus. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1898, vol. XL, p. 226. — **Quintard (P.)**. *De l'uréthrocèle vaginale*. Th. Paris, 1897-98, nº 607. — **Thévenot**. Cystopexie. *La Semaine gynéc.*, 14 juin 1898, p. 187. — **Walton**. Un cas de cystite calçuleuse d'origine opératoire, chez une femme. *Bull. de la Soc. belge*, 1898, p. 57.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Abel**. Ueber Bauchnaht und Bauchnarbenbrück. *Arch. f. Gyn.*, Bd LVI, Hft III, p. 656. — **Byford (H.-T.)**. An improvement in the technique of the after-treatment of peritoneal section. *Am. J. of Obstetrics*, 1898, II, 18. — **Cobb (Farrar)**. Septic peritonitis and its surgical treatment, including reports of three successful and four fatal cases. *Boston med. and surg. J.*, 1898, II, 234. — **Cordier (A.-H.)**. Peritoneal irrigation and drainage. *Ann. of gyn. and pæd.*, july 1898, t. XI, p. 736. — **Davies**. Notes of a series of cases of abdominal surgery. *Lancet*, nº 3906, 9 juillet 1898. —

Illoway. Relaxed abdomen and its evil consequences ; its cure ; its prevention. *Am. J. Obst.*, septembre 1898, p. 331. — **Lund** (**F.-B.**). A report of ten operations for general peritonitis with two recoveries. *Boston med. and surg. Journ.*, 1898, II, p. 242. — **Pozzi**. Des meilleurs modes de sutures abdominales. *Sem. gynéc.*, 1898, p. 259. — **Pozzi**. Des accidents consécutifs à la fermeture de l'abdomen après la laparotomie. *Semaine gynéc.*, 23 août 1898, p. 265. — **Richardson** (**Maurice H.**). A case of acute general streptococcus infection of the peritoneum following a facial erysipelas ; laparotomy and extensive washing of the abdominal cavity ; recovery. *Boston med. and surg. J.*, 1898, II, 240. — **Smith** (**William T.**). A case of general peritonitis ; operation ; recovery. *Boston med. and surg. Journ.*, 1898, II, 245. — **Tenison Collins**. Notes on twenty-five consecutive successful abdominal sections. *British med. J.*, août 1898, p. 262. — **Washbourn**. A note upon a case of abdominal section in which sterile broth was injected into the peritoneal cavity previously to operation. *Lancet*, n° 3906, 9 juillet 1898.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Roper** (**G.**). Note on some difficult cases of fronto-anterior positions of the fœtal head. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1898, vol. XL, p. 270.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Ferrari**. Ricerche sulla struttura normale e patologica delle amnios. *Archivio italiano di ginec.*, 1898, p. 132. — **Herlitzka**. Di una rara forma di placenta umana. *Annali. di ost. e ginec. di Milano*, 1898, p. 545. — **Lusk** (**William C.**). Frozen section of the first stage of labour. *Brit. med. J.*, 1898, p. 1506.

GROSSESSE. — **Trotta**. Per la gravidanza cervicale. *Archivio ost. e ginec.*, 1898, p. 418. — **Smith** (**A. Lapthorn**). Pregnancy following ventrofixation with improvements in technique. *Annals of gyn. and obst.*, july 1898, t. XI, p. 726.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Keiffer**. Hydramnios dans un cas de grossesse gémellaire univitelline. *Soc. belge de gynécol.*, 1898, p. 54.

DYSTOCIE. — **Ahlfeld**. Zur Behandlung der incarcerirten geschwangerten retrovertirten Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1898, p. 1017. — **Bernard** (**G.**). *Des cloisons congénitales du vagin au point de vue obstétrical*. Th. Paris, 1897-1898, p. 581. — **Cioja**. Tumore para-ovarico complicante il parto. *Annali di ost. e ginec. de Milano*, 1898, p. 604. — **Cragin** (**Edwin B.**). Congenital pelvic kidneys obstructing the parturient canal. *Am. J. of Obstetrics*, 1898, II, 36. — **Lubeck**. A case of obstructed præmature labour. *The Lancet*, Londres, 27 août 1898, p. 550. — **Sänger**. Zur Resection des Steiffbeins beim Trichterbecken. *Arch. f. Gyn.*, Bd LVI, Hft III, p. 751. — **Savary Pearce**. Pseudo-puerperal convulsion due to dystocia. *The Philadelphie polyclinic*, 30 july 1898, t. VII, p. 378.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Jacobs**. Grossesse extra-utérine. *Semaine gynéc.*, 1898, p. 251. — **Johnson**. A case of extra-uterine

pregnancy. *The Boston med. a. surg. Journal*, 30 juin 1898, p. 613. **Neugebauer**. Beinahe ausgetragene Extra-uterin-Schangerschaft. Bauchschnitt, Extraktion eines lebenden Kindes. Genesung der Mutter. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 30, p. 785. — **Oliver (James.)**. A study of four cases of full time extra-uterine pregnancy. *The Edinburgh medical Journal*, août 1898, p. 154. — **Taylor (J.-W.)**. Extra-uterine pregnancy. *British med. J.*, août 1898, p. 219. — **M. Taylor**. On extra-uterine pregnancy. *Lancet*, 18 juin 1898, p. 1668. — **Taylor (J.-W.)**. Ueber extra-uterine Schwangerschaft. *Wien. mediz. Presse*, 1898, p. 1147. — **Ward (J. M.)**. Abdominal pregnancy with a peculiar history. *The Philadelphie medical Journal*, 2 july 1898, t. II, p. 44. — **Warszawski (M.)**. Zwei Falle von nahezu ausgetragener Extra-uterin-schwangerschaft. *Centr. f. Gyn.*, 1898, p. 993.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Arnold (W. Lea)**. The sagittal fontanelle in the heads of infand at birth. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1898, vol. XL, p. 263. — **Doléris**. Prolapsus utérin congénital combiné à l'allongement hypertrophique de l'utérus et spina-bifida chez le nouveau-né. *La Gynécologie*, 1898, p. 309. — **Phillips and Jäger**. Monstrosity resulting from amniotic adhesion to Skull. *Transactions of the obstetrical Society of London*, mars, avril, mai 1898, p. 130. — **Rudolf Köstlin**. Ueber das Zustandekommen und die Bedeutung der postnatalen Transfusion. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXXIX, Hft 1, p. 98.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Boldt (H.J.)**. The Porro operation versus total hysterectomy. *Am. J. of Obstetrics*. 1898, II, 41. — **Munro Kerr (J.-M.)**. A protest against the present day teaching of applying the blades of the obstetric forceps with exclusive reference to the transverse diameter of the maternal pelvis. *The Lancet*, 24 septembre 1898, p. 804. — **Newcomet (William-S.)**. A case of symphyseotomy. *The Philadelphie polyclinic*, 1898, p. 388. — **Novi**. Statistica delle operazioni cesaræ eseguite con l'amputazione utero-ovarica dal 1889 al 1897. *Archivio italiano di ginec.*, 1898, p. 181. — **Semon**. Ueber die in dem Provinzial-Hebammeninstitut zu Danzig in den Jahren 1887–1897 ausgefuhrten Zangenentbindungen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXXIX, Hft. 1, p. 137. — **Spinelli**. Operazione cesarea conservatrice. *Archivio ital. di ginec.*, 1898, p. 164. — **Steinhal**. Ein Fall von Kaiserschnitt nach Fritsch bei Uterusmyom. *Centralblatt. f. Gyækologie*, 1898, p. 345. — **Vitany**. Se i dilatatori sono da preferarsi alle incisioni del collo dell' utero nel parto forzato in donne agonizzanti per eclampsia. *Archivio di ostet. e. ginec.*, juillet 1898, p. 385. — **Washburn**. Cesarean section vs symphyseotomy. *The Boston med. a. Surg. Journal*, 30 juin 1898, p. 611.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Bidone**. Differenza fra sangue fetale e sangue materno nelle anemie gravi delle gestanti. *Archivio italiano di ginec.*, 1898, p. 141. — **Caillaud (E.)**. Cas d'éclampsie grave traitée et guérie rapidement par le lavage du sang. *Gaz. des hôp.*, 1898, p. 857. — **Dobbin (G. W.)**. A case of puerperal infection in witch the bacillus typhosus was found in the uterus. *Am. J. of Obst.*, août 1898, p. 185. — **Dornond (D.)**. *Recherches sur les grossesses molaires se compliquant de vomissements incoercibles ou d'albuminurie.* Th. Paris,

[illegible] — **[illegible] Williams** [illegible]

[illegible] — **William [illegible] Stone** [illegible]

[illegible] [illegible]

[illegible] — [illegible]

[illegible]

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1898

TRAVAUX ORIGINAUX

NATURE ET TRAITEMENT DE LA RÉTROVERSION UTÉRINE

UN PROCÉDÉ DE VAGINO-FIXATION

Par **L. G. Richelot**,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

La question des déviations utérines, et de la rétroversion en particulier, semble diviser les gynécologues ; ceux-ci les combattent à outrance par des opérations compliquées, ceux-là veulent qu'il ne soit plus question de « cette prétendue maladie ».

Il faut pardonner à Velpeau et à ses élèves, s'ils ont donné trop d'importance aux déviations utérines et leur ont attribué une influence pathogénique illusoire. On en est bien revenu de la philosophie errante de nos anciens auteurs ; on en est revenu au point d'abandonner toute philosophie. De peur de généraliser à faux, en s'appuyant sur des observations incomplètes, on ne veut plus généraliser du tout ; sous prétexte que l'analyse et l'exactitude des faits sont choses primordiales et nécessaires, on ne voit plus qu'un point à la fois, qu'un trouble isolé, qu'un accident. La précision des méthodes nouvelles a rendu cette

réaction inévitable, en ôtant l'envie de discourir, en mettant un frein à l'imagination ; mais aujourd'hui que les méthodes sont admises, que le point de départ de toutes nos enquêtes scientifiques est reconnu, consenti, n'y a-t-il pas moyen d'élargir un peu nos idées ?

Le clinicien, le fervent de la microbiologie ou de la chimie médicale, sont devenus des hommes de détail. Le chirurgien surtout va droit au point lésé; s'il le trouve, il possède la vérité tout entière, et n'a plus que l'embarras du choix entre la multitude des outils et des procédés.

De là est venue, entre autres, cette conception étroite et simpliste qui voit dans tout utérus dévié un utérus à redresser de force, qui poursuit son but sans regarder à droite ni à gauche, qui, l'utérus se détachant volontiers, varie les procédés et multiplie les efforts pour l'attacher solidement, passe des fils dans toutes les directions, l'accroche par son fond, par ses faces, par son ligament rond, par ses annexes mêmes, l'enclave sous la vessie, le plie dans l'autre sens, fait tout et ne prévoit rien, pourvu qu'il ne puisse plus s'échapper. Cette débauche opératoire a fait ses preuves : position nouvelle plus anormale que la première, continuation des douleurs, grossesses interrompues, dystocie. Le moindre souci des opérateurs est de se demander pourquoi l'utérus n'était pas à sa place, et de saisir la véritable indication.

Aujourd'hui, frappés de cette erreur de doctrine, d'autres chirurgiens vont à l'extrême opposé. Pour eux, la déviation n'est plus rien, il faut « la rayer du cadre nosologique » et donner toute son attention aux lésions concomitantes (1).

Et de fait, le traitement d'une grosse métrite cervicale, la restauration d'un périnée affaibli, peuvent guérir la femme en laissant une rétroversion bénigne et facilement tolérée. L'ablation d'un pyosalpinx unilatéral ou d'un ovaire très malade peut arriver au même but, et l'utérus décongestionné, libéré de ses

(1) S. Pozzi. Des indications du traitement [illegible] de l'utérus. Revue de gynéc. [illegible] 1905.

adhérences, reprend une direction normale, ou bien — pas toujours — garde sans grand dommage une position qui n'est pas irréprochable. Enfin, quand les lésions tubaires et ovariennes sont bilatérales, complexes, il est évident qu'elles dominent la scène ; alors, une opération conservatrice est rarement indiquée, ou si dans le doute on l'essaye, c'est avec la résolution d'obéir aux circonstances et d'aller, s'il le faut, jusqu'à l'ablation totale.

Donc, l'intérêt des lésions concomitantes n'est pas niable. Mais il y aurait excès à partir de là pour nier l'utilité du redressement. Qui n'a vu des rétroversions douloureuses sans métrite, sans relâchement périnéal, sans lésions annexielles ? Qui n'a vu les douleurs persister après l'action de la curette et l'amputation du col ? Heureusement, vous reconnaissez qu'il faut réduire l'utérus. Il est vrai que vous le fixez parce qu'il est d'une « mobilité excessive » et non parce qu'il est en « rétroversion ». Je ne crois guère à l'utilité de ce changement d'étiquette, car j'ai vu bien des utérus déviés, petits et très mobiles ne produire aucune douleur, et bien des femmes souffrir horriblement d'utérus congestionnés, pesants dans le petit bassin et d'une mobilité restreinte. Mais passons ; l'essentiel est qu'on doit toujours fixer l'utérus. Seulement, je vous reproche de ne le faire qu'avec les pessaires et la ceinture hypogastrique, d'oublier le massage utérin, et de réserver le traitement opératoire exclusivement aux femmes qui approchent de la ménopause.

Assurément, ceux qui font aussi peu cas de la déviation de l'utérus sont plus près de la vérité que les redresseurs à outrance. Ils savent analyser, chercher sans parti pris, au milieu des lésions qu'ils combattent, celle qui est « la clef de la position », graduer et doser leur intervention, débrouiller des situations souvent très délicates. Mais, pour être meilleurs cliniciens et plus utiles aux malades, ils n'en sont pas moins éloignés, à mon sens, d'une conception vraiment médicale des rétrodéviations utérines.

Pour bien comprendre cet état morbide, il faut se résigner à n'être pas seulement séméiologiste, il faut remonter à la notion

de cause. Dans cet ordre d'idées, un premier fait apparaît : certaines femmes jeunes, jamais infectées, jamais accouchées, certaines vierges même ont l'utérus renversé ; d'autres, qui ont eu douze enfants et des accidents puerpéraux, l'ont parfaitement droit. Il y a donc ici, comme pour le prolapsus vaginal, une prédisposition, un état diathésique, et les distensions produites par la grossesse ne sont que des causes adjuvantes. La condition immédiate et suffisante de la déviation de l'utérus, laxité des ligaments (rétroversion) et flaccidité même de son tissu (rétroflexion), est le résultat d'un trouble nutritif qui domine tout et sans lequel les lésions mécaniques ne sont rien. Or, ce trouble de nutrition, ce relâchement des tissus fibreux est le propre de l'arthritisme.

Il est assez d'usage, parmi les chirurgiens, d'ignorer l'arthritisme ou au moins d'en parler comme d'une chose très vague dont s'occupent seulement quelques médecins rêveurs. Certains de nos collègues reconnaissent que les femmes à déviation et à prolapsus ont un état particulier d'affaiblissement; de dégénérescence des tissus fibreux et musculaires ; ils ont la vision des phénomènes que produit l'arthritisme, et ils oublient ou refusent de prononcer le mot, parce qu'ils « ne savent pas ce que c'est ». Des maîtres éminents l'ont cependant enseigné, et nous ont appris à connaître une série de manifestations pathologiques qui forment un groupe naturel, se réunissent ou alternent suivant certaines lois chez le même individu, dans une même famille, se transmettent par l'hérédité, et ont avec les troubles névropathiques des relations telles que les deux séries sont comme deux branches issues du même tronc ou peuvent même être confondues sous le nom commun de neuro-arthritisme. Cherchez en conscience, et voyez si les femmes dont nous parlons ne sont pas toutes des arthritiques nerveuses, si elles n'ont pas entre elles des liens évidents de parenté, un même tempérament morbide ; si elles n'ont pas, à des degrés divers, migraines, eczéma, douleurs articulaires, points névralgiques, varices, constipation, troubles de l'estomac, neurasthénie ; si cette tendance au relâchement des tissus fibreux, qui est un de

leurs attributs les plus nets, ne produit pas chez elles, à côté de la rétroversion, les « ptoses » diverses, le prolapsus vaginal, les hernies, l'abaissement du rein.

Voilà donc une lésion qui n'est pas un accident fortuit, qui est liée à la nature même de la femme, où les injures du dehors ne jouent aucun rôle, qu'on trouve chez la jeune fille ou la jeune femme seulement troublée par quelque névralgie pelvienne et en train d'ébaucher la série pathologique dont sa mère offre la synthèse. Cela étant, que dire des causes mécaniques banalement énumérées par les auteurs, bien qu'elles manquent dans une foule de cas, et qui sont toutes mises au même plan, tant elles paraissent ingénieusement trouvées : distension du rectum par la constipation, décubitus prolongé, inflammation ou rétraction cicatricielle attirant le col en avant, vessie habituellement remplie, etc. ? On veut bien ajouter que l'appareil ligamenteux de l'utérus ne remplit pas ses fonctions « parce qu'il a été distendu » ; la mécanique ne perd pas ses droits. Et ces fantômes étiologiques remplacent, dans beaucoup d'esprits, l'étude physiologique de la femme.

Cette lésion, elle existe à l'état simple, c'est-à-dire sans infection, sans métrite ni salpingite, ni adhérences pelviennes, mais non sans quelques troubles surajoutés à l'altération des ligaments. L'utérus est habituellement congestionné. L'utérus des arthritiques se congestionne au même titre que divers organes ; la congestion est aussi dans leur programme, elle est primitive et a sa part, en alourdissant l'utérus, dans son renversement en arrière, car, si le massage bien dirigé en triomphe, fût-ce temporairement, la déviation tend à se réduire. A la longue, elle devient sclérose utérine, et quelques-uns l'appellent métrite parenchymateuse, métrite douloureuse chronique, mots qui prêtent à confusion et ne peuvent être admis que s'il est bien entendu que métrite ne veut plus dire ici endométrite infectieuse.

L'utérus est habituellement douloureux. Congestion et névralgie vont ensemble. Cette douleur a tous les caractères d'une névralgie, sans rapport exact avec le degré de la déviation

et survenant par crises. Ces gros utérus congestionnés, scléreux, sont parfois d'une sensibilité extrême au doigt qui les explore dans le cul-de-sac postérieur et les soulève à peine ; sensibilité nullement provoquée par une « mobilité excessive ».

Très souvent aussi les ovaires sont scléreux et polykystiques, et cette altération n'a rien à voir avec les lésions annexielles concomitantes en faveur desquelles on nous demande d'oublier la rétrodéviation. Elle n'est pas le résultat d'une infection génitale ; on la trouve chez les très jeunes femmes, chez les vierges ; elle est de même ordre que la congestion et la sclérose utérines d'origine arthritique ; elle est en relation étroite avec certaines névralgies pelviennes, mais elle ne fait pas toujours des ovaires douloureux, et souvent elle existe à côté d'un utérus dévié sans donner le moindre signe de sa présence.

Relâchement fibreux, congestion et sclérose, névralgie affectant l'appareil utéro-ovarien dans toutes ses parties, forment un groupe, une association morbide qu'il est impossible de méconnaître chez certaines femmes, et qui m'autorise à dire que la rétrodéviation n'est pas un fait sans importance, une étiquette sans valeur. Si on m'objecte que la déviation n'est pas tout dans cet ensemble, et que la lésion du tissu musculaire, celle de la glande génitale n'ont pas un moindre intérêt, je répondrai : oui, si nous considérons les cas anciens, les degrés avancés du mal, nous trouvons de vieux utérus rebelles à tout traitement palliatif, hémorrhagiques, intolérables, et qu'il vaut mieux enlever pour en finir, car ils resteraient aussi malades si on les accrochait ; la déviation est leur moindre défaut. Mais chez les femmes encore jeunes, quand la congestion peut céder, les exsudats se résorber, les tissus revenir à l'état normal, que ferez-vous ? A quel « facteur » vous attaquerez-vous ? Je dis qu'alors la faiblesse des ligaments et l'affaissement de l'organe dominent la situation. Il n'y a pas d'infection puerpérale ou blennorrhagique, c'est bien entendu ; il n'y a pas de muqueuse cervicale à réséquer, pas de muqueuse utérine à gratter ; la curette a trouvé dans ces cas-là ses plus remarquables insuccès. La congestion est entretenue, sinon causée tout entière, par

l'attitude vicieuse des ligaments et la gêne circulatoire ; la congestion, l'isthme fléchi provoquent la dysménorrhée ; les tiraillements, la compression exercée par le fond de l'utérus deviennent, pour leur part, des causes de douleur. Enfin la stérilité suffirait, j'imagine, pour empêcher de considérer la rétrodéviation comme une quantité négligeable. Réduisez, corrigez l'attitude vicieuse, et les troubles disparaissent comme par enchantement ; n'est-ce pas connu de tous, et faut-il s'attarder à démontrer que nombre de femmes sont soulagées, guéries par le redressement ?

Il y a donc, en somme, des rétroversions qu'il faut réduire, pour lesquelles un seul traitement est rationnel : fixer l'utérus en bonne position. Traitement unique et suffisant, à la condition de ne pas reculer devant les moyens efficaces, et de chercher à les perfectionner plutôt que d'en nier la valeur.

Passons maintenant des rétroversions simples et mobiles aux rétroversions complexes et adhérentes. Une infection venue du dehors s'ajoute à l'attitude vicieuse ; l'utérus, les annexes, le péritoine pelvien sont touchés. Il est de toute évidence que plus la lésion est étendue et grave, plus la déviation est reléguée au second plan et perd de son importance. Un traitement conservateur, une ablation partielle peuvent laisser des douleurs, une guérison incomplète ; mais comment dire si l'utérus est encore douloureux parce qu'il est mal tourné, ou parce que l'infection n'est pas éteinte ? Nous sommes sur un terrain nouveau, celui des lésions inflammatoires de la cavité pelvienne ; la question n'est plus de savoir s'il faut redresser les organes malades, mais s'il faut les respecter ou les supprimer. Il y a plus : cet utérus fixé en mauvaise position, entre deux masses annexielles, n'est-il pas simplement refoulé, attiré, déplacé mécaniquement ? Il est gros, congestionné, douloureux parce qu'il est infecté ; ce refoulement n'est pas la déviation telle que nous l'avons comprise, cette congestion n'est pas celle que nous avons décrite, cette douleur n'est pas une pure névralgie. C'est bien ici que l'attitude vicieuse n'est plus rien, qu'elle n'a aucune valeur, aucun sens pathologique, et ne peut fournir aucune indication.

Revenons donc à la rétroversion proprement dite, à celle qui n'est pas un accident fortuit au milieu de lésions d'un autre ordre, à celle qui, par sa cause et son évolution, mérite de conserver sa place dans le cadre nosologique.

Nous avons dit qu'il fallait redresser l'utérus. Mais, avant de nous lancer, souvenons-nous bien qu'il ne s'agit pas d'une question de mécanique, et ne perdons jamais de vue la femme. La déviation est la marque de son tempérament nerveux ; et certaines nerveuses le sont à tel point qu'il est impossible de leur rien promettre, que les opérations les mieux réussies et les soins les plus attentifs ne leur donneront qu'un soulagement temporaire, si tant est qu'ils le donnent. D'autre part, il ne faut jamais perdre courage ; si l'indication est bien nette, si la localisation pelvienne, la douleur spontanée et la sensibilité utérine au toucher paraissent dominer l'état névropathique général, on peut avoir un succès inespéré. J'ai vu des femmes assez nerveuses pour ne m'inspirer aucune confiance, guérir simplement à la suite de l'hystéropexie, et m'annoncer, deux et trois ans plus tard, la persistance de leur guérison. Aussi bien, réfléchissez qu'en dehors des méthodes de redressement, — sans oublier l'aide puissante que peuvent donner le régime, l'hygiène, l'hydrothérapie, — il n'y a plus, chez ces malades, qu'à faire l'hystérectomie pour « grandes névralgies pelviennes ».

La question ainsi posée, le traitement de la rétrodéviation se compose de trois termes : a) pessaire et ceinture abdominale, b) massage utérin, c) hystéropexie.

J'use volontiers de la ceinture, qui soutient la masse intestinale et soulage l'utérus. Quant au pessaire, j'accorde, sans enthousiasme, qu'il a bien les qualités qu'on lui prête et suffit à certains cas. Je reconnais qu'à la condition de choisir une des variétés du pessaire de Hodge, de l'appliquer soigneusement après la réduction par manœuvres bi-manuelles, dans la position génu-pectorale, de surveiller, de recommander une antisepsie rigoureuse, de changer et de réappliquer l'appareil, on le rend souvent tolérable et quelquefois efficace. Mais il faut avouer qu'il y a là une véritable tâche, délicate à remplir pour

le chirurgien et pour la malade, un assujettissement prolongé, un incontestable dégoût pour certaines femmes, une impossibilité pour d'autres. Le pessaire, même bien appliqué, n'est pas immuable dans tous les vagins, et fait bien souvent illusion. D'autres fois, c'est un corps étranger qui, au lieu d'atténuer la sensibilité, l'exaspère, alors même que la rétroversion est simple et sans lésion des annexes. Bref, il y aurait folie à soutenir que la plupart des rétrodéviations mobiles sont justiciables de cet instrument ; et je ne puis m'associer aux conclusions des chirurgiens qui, prétendant que les opérations sont mauvaises, ne vont pas au-delà du pessaire, et justifient la pauvreté de leurs moyens de contention en disant que la déviation n'a pas d'importance et qu'il suffit d'apporter quelque tempérament à la mobilité de l'utérus.

Le massage utérin n'est pas, lui non plus, un traitement parfait, mais je sais, pour l'avoir vu, qu'il peut rendre de grands services, et en principe je le préfère de beaucoup. J'ai signalé l'importance de la congestion ; c'est à elle que s'adresse le massage, en même temps que la manœuvre bi-manuelle ramène l'utérus en avant. Un jour vient où décongestionné, allégé, il garde la position qu'on lui donne ; déjà, depuis quelque temps, la malade est soulagée.

Le massage convient à certains cas embarrassants, où l'infection paraît jouer un rôle. J'ai dit que la rétroversion, la congestion utérine et la névralgie forment une association naturelle en dehors de toute inoculation septique; je soutiens que les gros utérus déviés des arthritiques nerveuses sont des utérus diathésiques et non des utérus infectés, à moins de voir partout l'infection quand même, arbitrairement, chez des femmes qui n'y ont jamais été exposées et n'en offrent aucun vestige. Mais je n'ai pas dit que les femmes disposées à la déviation ne pouvaient s'infecter comme les autres. Il est certain, au contraire, que beaucoup de ces utérus congestionnés souffrent d'une ancienne métrite endormie, alors même qu'on l'a traitée convenablement, et qu'il est bien difficile, en examinant la femme, de faire le départ entre ses tendances physiologiques et son « passé

utérin ». Or, dans ces cas d'étiologie complexe, le massage provoque dans le tissu utérin des modifications nutritives que le traitement chirurgical de la métrite a laissées inachevées. Il peut aboutir, comme dans les cas simples, à la décongestion et à la réduction perfois très complète.

J'ai vu la jeune femme d'un de nos confrères, profondément neurasthénique, avoir, après une fausse-couche et des hémorrhagies graves, une rétroversion lourde, un utérus énorme et contenant des débris placentaires. J'ai fait un curettage nécessaire, désinfecté, arrêté les hémorrhagies ; mais l'utérus est resté volumineux, congestionné, œdémateux, penché en arrière, et l'état de faiblesse a été peu modifié. Toute opération de redressement était contre-indiquée pour un utérus en aussi mauvais état; le curettage était fait, le col n'était pas bien malade ; je pensai au massage, et le confiai à Mlle Rosenthal, docteur en médecine, dont j'avais éprouvé l'habileté, en même temps que la prudente réserve, dans mon service à l'hôpital Saint-Louis. Le cas étant grave, il fallut un grand nombre de séances; mais le traitement réussit, l'utérus diminua de volume et se remit en bonne position, les douleurs pelviennes disparurent, et la malade revint, sans cesser d'être une neurasthénique, à un état général satisfaisant.

Enfin, le massage fait beaucoup de bien à certaines rétroversions compliquées d'adhérences légères. Il fait d'abord le diagnostic de ces adhérences limitées, qui n'empêchent pas le doigt de soulever l'utérus et la rétroversion d'être assez mobile; puis, par des manœuvres douces, il les fait céder et se résorber peu à peu.

Le revers de la médaille, c'est que le massage est un traitement long, dispendieux pour certains malades, exigeant assiduité et persévérance ; qu'il faut pour l'appliquer une main délicate et intelligente, qui se plie à la sensibilité de la femme, évite la fatigue, procède par étapes souvent espacées ; que le résultat n'est pas toujours définitif, l'utérus pouvant retomber et subir de nouvelles poussées congestives. D'où il suit qu'une femme qui s'est bien trouvée du massage peut être obligée d'y

revenir au bout de quelques mois, et finalement mise en demeure de demander à la chirurgie d'achever l'œuvre du traitement palliatif,

Nous voici arrivés au traitement opératoire ; j'ai indiqué suffisamment que j'y avais confiance. La première condition pour réussir, c'est de ne pas opérer un utérus trop malade, par conséquent, de le guérir d'abord autant que faire se peut ; toutefois, s'il ne réclame qu'une intervention limitée sur le col, on peut la réservcr pour le jour même de l'hystéropexie. Puis, il ne faut pas négliger les ovaires polykystiques, à supposer qu'ils soient douloureux ; on peut les traiter aussi dans la même séance (résection partielle, ignipuncture), alors même qu'on choisit la voie vaginale, car ils sont accessibles par la colpotomie antérieure.

Je néglige volontairement les opérations qui portent sur les ligaments ronds (opération d'Alexander), les ligaments utéro-sacrés, le tissu utérin lui-même ou les culs-de-sac vaginaux. Ces méthodes, qui comprennent une multitude de procédés, ont suscité des espérances, des discussions passionnées, mais à côté de quelques succès ont donné beaucoup de récidives et ne sont pas loin, je crois, d'avoir perdu tout crédit. Au contraire, la fixation de l'utérus par sa face antérieure, soit à la paroi abdominale, soit au vagin, est solide et durable; elle seule mérite de nous arrêter.

Que faut-il donc penser des deux hystéropexies, abdominale et vaginale? J'ai toujours considéré la première comme une bonne opération. Elle m'a donné d'excellents résultats thérapeutiques, sauf une malade nerveuse, déséquilibrée, qui eut de la gêne vésicale, des mictions fréquentes, et paraissait après quelques mois n'avoir aucun soulagement, J'ai observé deux grossesses normales, arrivées à terme sans accident, et un accouchement prématuré à 6 mois chez une éclamptique. Jamais je n'ai vu céder les adhérences ; toujours l'utérus est resté à la place où je l'avais mis. Je n'aurais donc que bien peu de réserves à faire sur la valeur de cette opération, si ma seule pratique suffisait pour porter un jugement.

Mais on vient nous dire qu'elle a produit des avortements, des accouchements prématurés, des dystocies à terme, et que, par suite, il faut la condamner. Dans une thèse récente (1), où sont passés en revue tous ces relevés accusateurs, un de mes élèves, le Dr Piras a mieux étudié la question et l'a mise au point. Il a montré qu'un certain nombre d'accidents avant terme ne sont pas dus à l'opération (telle mon éclamptique) ; que les autres, et avec eux les présentations vicieuses et les complications au moment du travail sont le résultat d'une mauvaise technique, de la fixation du fond de l'utérus, car l'utérus gravide se développe surtout par son fond, et, pour qu'il ne soit pas gêné, il faut placer les fils exclusivement sur la face antérieure, au-dessous des orifices tubaires ; qu'il est facile d'obtenir, avec trois fils transversaux, une adhérence intime et assez solide pour prévenir les récidives, en même temps qu'elle laisse à l'utérus la faculté de se développer librement ; que les chirurgiens dont la technique est bonne n'ont pas eu de malheurs à déplorer ; qu'enfin l'hystéropexie abdominale bien faite favorise la conception, a peu de chance de produire les accidents qu'on lui reproche, guérit nombre de femmes et leur permet d'être mères.

On voit quelle importance il faut accorder à la technique. C'est dans le même esprit que nous allons juger maintenant l'hystéropexie vaginale.

Ce qui pourrait, à priori, détourner de la voie sus-pubienne et faire adopter la vagino-fixation, c'est que l'utérus accroché à la paroi abdominale n'est pas dans sa position naturelle, et que certaines douleurs de la cicatrice, certains insuccès ou demi-succès thérapeutiques pourraient dépendre, au moins en partie, de cette condition anormale. D'autre part, la ventro-fixation est une laparotomie, et certaines malades peuvent s'en effrayer. Le chirurgien, qui sait fort bien qu'il aura toujours affaire au péritoine, et qui doit savoir que l'intervention par le vagin est tout aussi délicate, et même plus difficile, peut trouver néanmoins

(1) F. L. A. Piras. *De l'hystéropexie abdominale dans ses rapports avec la puerpéralité.* Paris, 1896.

avantage à proposer une opération d'apparence plus bénigne, ne laissant pas de cicatrice, et préférer une méthode qui aboutit à un état plus voisin de l'état physiologique. La vagino-fixation ne serait donc pas loin de mériter nos préférences. Malheureusement, les chiffres établissent qu'elle est bien plus dangereuse encore pour la grossesse et l'accouchement. Voyons ce qu'il faut en penser.

Je laisse de côté les essais tombés dans l'oubli, les conceptions imparfaites, l'opération de Nicolétis, que j'ai défendue autrefois et que j'ai abandonnée, surtout parce qu'ayant pour condition l'amputation sus-vaginale, elle m'a donné un accouchement à 5 mois et un autre à 7 mois et demi. Je retiens seulement les procédés qui assurent contre la récidive et laissent l'utérus entier, le Dührssen et le Mackenrodt seconde manière. Ils ont été appliqués sans réserve, sans discernement, avec une véritable fureur. Les utérus ont tenu solidement, mais les avortements, les accouchements prématurés, les accidents du travail ont été fréquents, et ont rendu légitimes les critiques qu'on adresse aujourd'hui à la vagino-fixation.

Or, il saute aux yeux que ces procédés sont excessifs, donnent à l'utérus une position forcée, l'enclavent sous la vessie et emprisonnent le fond de l'organe ; c'en est assez pour les condamner, puisqu'avant tout le fond doit rester libre. Cela étant, faut-il rayer l'hystéropexie vaginale d'un trait de plume, comme si Dührssen et Mackenrodt avaient dit le dernier mot sur la question ? Non certes ; mais il faut chercher une meilleure technique, et trouver le moyen de fixer l'utérus avec la même solidité, en lui laissant la liberté de se développer pendant la grossesse. Si du même coup nous pouvons opérer simplement, sans recherche, avoir une plaie sans lambeaux et une suture sans complications, peut-être aurons-nous fait une besogne utile.

Animé de cette conviction, j'ai pratiqué neuf fois depuis un an la vagino-fixation, en profitant de ce qu'ont fait les chirurgiens que j'ai cités, mais en m'inspirant d'autres idées directrices. On sait quel est le procédé de Mackenrodt : il redresse

l'utérus avec un hystéromètre, fait une incision transversale du cul-de-sac antérieur et une incision médiane de toute la paroi vaginale, de manière à obtenir deux lambeaux triangulaires; puis il ouvre le cul-de-sac utéro-vésical, attire le fond de l'utérus hors du péritoine et suture l'organe aux lambeaux vagi-

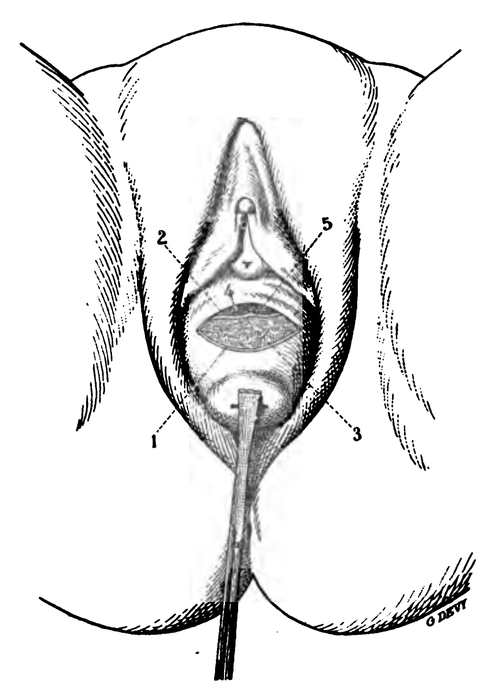


FIG. 1.

1. Plaie vaginale, lèvre inférieure. — 2. Plaie vaginale, lèvre supérieure. — 3. Tissu paramétrique. — 4. Surface péritonéale de l'utérus. — 5. Plaie péritonéale, lèvre inférieure.

naux dans toute sa hauteur. Dührssen redresse de la même façon, incise transversalement, ouvre le péritoine, puis il enfonce de haut en bas, dans le bord supérieur de la plaie, trois fils qui suivent dans le fond même de l'utérus un trajet vertical. Emprisonnement excessif de l'utérus, mauvais résultats pour la grossesse et l'accouchement.

Voici maintenant comment je propose de simplifier et d'améliorer l'hystéropexie vaginale :

Le col est attiré à la vulve au moyen d'une pince à traction (fig. 1). Aucun instrument n'est poussé dans la cavité utérine. Le cul-de-sac antérieur du vagin est incisé transversalement, et l'incision prolongée vers les culs-de-sac latéraux. Les ciseaux

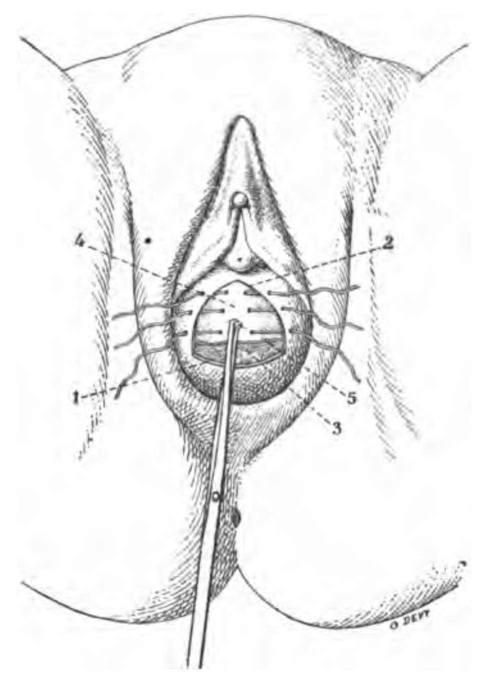


Fig. 2.

détachent avec soin l'insertion vaginale, et on s'achemine avec précaution vers le cul-de-sac péritonéal, qui à son tour est largement ouvert. Avant d'aller plus loin, on est libre d'explorer la cavité pelvienne, de contourner le fond de l'utérus pour détacher, s'il y a lieu, quelques adhérences, d'attirer mêmo au dehors les annexes pour les examiner, ouvrir de petits kystes, faire de l'ignipuncture, etc. Puis les organes sont remis à leur place, et on procède à la fixation.

Les parois vaginales étant bien écartées, on voit dans la plaie du cul-de-sac antérieur la surface péritonéale de l'utérus. L'organe, saisi avec une pince-érigne à deux centimètres au-dessus de l'isthme, est attiré en avant, tandis qu'on ôte la pince à traction pour laisser le col se porter en arrière. L'utérus bascule et s'applique dans l'aire de la plaie vaginale, mais son fond reste caché. Il est bien entendu qu'on laisse le fond libre, qu'on ne

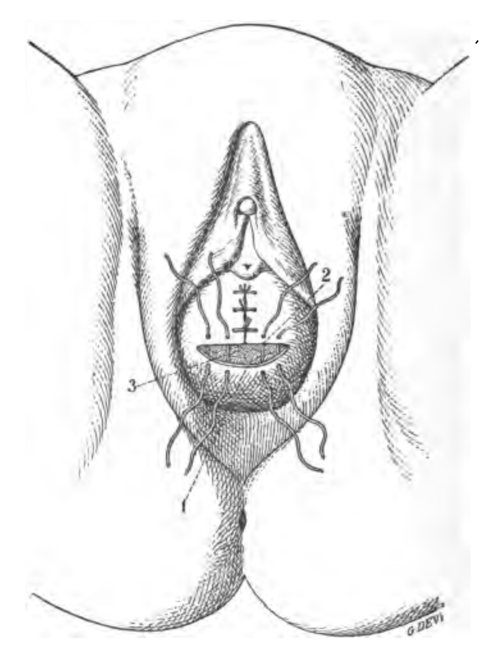


Fig. 3.

l'insère pas dans la plaie, qu'on ne cherche plus à le voir (fig. 2).

Alors, prenant dans une pince à disséquer la lèvre supérieure de l'incision dans sa moitié gauche (à droite de l'opérateur) et à quelque distance de la ligne médiane, on y enfonce l'aiguille courbe, on la fait cheminer transversalement dans la paroi antérieure de l'utérus, et sortir symétriquement dans la moitié droite de la même lèvre. Un premier fil (toujours du catgut) est ainsi placé. Il faut songer à ne pas blesser la vessie.

Le trajet intra-pariétal de l'aiguille doit être à bonne hauteur, c'est-à-dire au-dessous de la région des cornes utérines, de manière à laisser le fond libre tout en permettant d'échelonner deux autres fils au-dessous du premier. Le second et le troisième sont placés de la même façon, au-dessus de l'isthme, bien entendu. En serrant les trois fils, on obtient une plaie verticale et médiane. Il reste à achever la réunion par quelques points de suture (fig. 3).

Le cul-de-sac vésico-utérin est supprimé, et la surface utérine d'adhésion est unie au vagin lui-même dans toute sa hauteur. Elle n'est pas unie à la vessie et ne lui demande rien; il ne s'agit, à aucun degré, d'une vésico-fixation. Elle est à peu près la même que dans l'hystéropexie abdominale, et doit avoir la même solidité. La seule différence est que l'utérus occupe sa place naturelle.

Dois-je résumer ici les premiers faits que je puis donner comme exemples? Vu leur date récente, — le plus ancien est du 21 octobre 1897, — ils n'ont pas encore de valeur démonstrative au point de vue de l'évolution des grossesses possibles. Comme résultats thérapeutiques, ils sont encourageants; les malades que j'ai revues, huit sur neuf, après quatre, cinq, six, sept, neuf et dix mois, étaient bien portantes. Mais comme j'ai eu, sept fois sur neuf, des utérus infectés, auxquels j'ai dû faire le curettage — souvent inutile — et surtout l'opération de Schrœder ou celle de Bouilly, réclamées par la métrite cervicale, on peut encore mettre en doute l'importance de la fixation dans ces résultats. Aussi bien, les deux points qu'il s'agit d'établir, — puisque l'utilité de la réduction n'est pas contestée en principe, — c'est la permanence du redressement et la marche régulière de la grossesse. Sur le premier point, je puis constater seulement que mes utérus tiennent bien jusqu'ici, et sur le second, je ne puis rien dire. Il vaut donc mieux attendre avant de publier des observations. Si j'ai voulu dès maintenant exposer mes idées et ma manière d'opérer, c'est pour engager mes collègues, — et ceci me servira de conclusion, — à ne pas considérer toujours la rétro-déviation utérine comme un épiphénomène sans importance au milieu des lésions infectieuses de la cavité

pelvienne, à voir en elle une affection qui a ses racines dans l'organisme, son évolution propre, ses conséquences physiologiques, à user contre elle des palliatifs quand ils suffisent, en préférant toutefois aux moyens mécaniques ceux qui modifient heureusement la nutrition des tissus malades, enfin à ne pas rejeter sommairement, comme inutile et dangereux, le traitement opératoire, mais à l'étudier au contraire, pour condamner les procédés imparfaits et leur substituer une meilleure technique.

LES AUTO-INTOXICATIONS GRAVIDIQUES (1)

Par le Dr **G. Bouffe de Saint-Blaise**,
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

L'étude de la pathogénie des maladies a, depuis 30 ans, fait évoluer la médecine, qui, ainsi que le dit Bouchard, « ne se renouvelle pas, mais a certainement changé d'objectif (2) ». Parmi les quatre grands chapitres qui sont nés de cette évolution, les troubles de la nutrition sont considérés, avec les infections, comme les causes les plus fréquentes des maladies, et leur étude a donné lieu à une multitude de travaux qui commencent à jeter la lumière sur certains accidents, jusqu'alors étudiés seulement par les cliniciens. La pathologie et la physiologie expérimentales se sont jointes à la clinique et ont résolu bien des problèmes.

Si, comme je le verrai tout à l'heure, l'organisme sain est une fabrique de poisons, et si le fonctionnement normal de cet organisme est toujours sous la dépendance de l'intégrité de certains organes qui le défendent contre ces ennemis du dedans, il était naturel de penser, que pendant la grossesse la femme devait avoir à lutter d'une façon particulière, étant plus en péril qu'à l'état normal, l'équilibre de ses fonctions pouvant se rompre plus aisément.

---

(1) Rapport au *Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie* de Marseille, octobre 1898.

(2) BOUCHARD. *Leçons sur les intoxications*, 1887, p. 2.

En effet, il y a longtemps déjà, à cause des rapports qui semblaient exister entre l'urémie et les accès éclamptiques, on fit à ceux-ci l'application des théories de Bouchard. Puis, dans ces dernières années, en même temps que le cycle de la pathologie s'étendait, en même temps que l'on voyait plus clair dans la physiologie des organes, la pathologie générale et l'anatomie pathologique, de nouvelles applications furent faites à la pathologie de la femme enceinte et c'est de là que sortit la conception de M. Pinard qui attribue à une intoxication spéciale à la grossesse certains troubles, de même que les accès éclamptiques.

La preuve de cette pathogénie nouvelle ne peut encore se faire aujourd'hui d'une façon absolue ; les travaux publiés sur ce sujet ne sont pas assez nombreux. Mais on me permettra de chercher à faire cette preuve par analogie, en comparant les divers états que j'étudierai, à d'autres états analogues de la pathologie. — La clinique, la médecine expérimentale, l'anatomie pathologique me fourniront aussi des arguments puissants.

Dans tous les cas, et je le dis dès maintenant, comme je le répéterai quand il s'agira de poser des conclusions, les théories que je vais exposer, rendent compte de la plupart des phénomènes, et leur étude me permettra, d'abord de rechercher quelle conduite il faut tenir en face de certains faits et aussi de faire le diagnostic presque sûr, de toxhémies silencieuses qui peuvent avoir parfois des conséquences brutales et désastreuses.

I. — Physiologie normale des auto-intoxications.

I. — Définition.

II. — Sources des intoxications à l'état normal.

III. — Comment se comporte l'organisme *sain*, vis-à-vis de ces intoxications normales ?

1° Organes de transformation ou d'arrêt. — Foie.

2° Organes éliminateurs. — Rein.

Urines normales.

IV. — Chimie des poisons normaux de l'économie.

V. — Sous quelles influences l'intoxication peut-elle augmenter et devenir apparente ?

Les intoxications de la grossesse ne sont pas suffisamment

connues, pour qu'il me soit possible de me borner à leur étude seule; et puisque je serai obligé de tirer de nombreuses déductions de ce que l'on voit en dehors de l'état gravide, il me faut nécessairement faire l'exposé des faits en général, qui forment la partie fondamentale de ce travail.

I.— **Définition**. — Avons-nous aujourd'hui une idée exacte de ce qu'est une auto-intoxication et pouvons-nous en donner une définition ?

« Il y a intoxication, dit Roger (1), toutes les fois que surviennent des troubles cellulaires dépendant d'une modification du milieu organique, soit par suite de l'introduction d'une substance étrangère, soit par suite de l'augmentation, de la diminution ou de la transformation anormale, d'une ou de plusieurs substances constituantes.— Nous arrivons donc à considérer comme toxique, toute substance capable de troubler la vie des éléments anatomiques, en modifiant directement ou indirectement le milieu qui les contient, il y a intoxication toutes les fois qu'il s'est produit une modification dans la constitution chimique du milieu intérieur. »

Et ainsi que le disait Cl. Bernard: la vie n'est qu'un rapport entre l'organisme et le milieu.

II. — **Sources de ces intoxications à l'état normal**. (Résumé des idées de Bouchard et de ses élèves.) — Si l'on admet cette fonction de la vie, telle que la définit Cl. Bernard, si l'on admet que toute manifestation vitale est nécessairement liée à une destruction organique (Cl. Bernard, H. Spencer), il est certain que l'organisme n'est qu'un vaste laboratoire dans lequel se passent de nombreux phénomènes que l'on peut classer avec Roger :

Vie cellulaire. — Désassimilation.
Sécrétions.
Phénomènes normaux de la digestion.
Poisons formés dans l'organisme par les agents parasitaires.
Poisons introduits dans l'organisme.

(1) Roger. Les intoxications. *Tr. de Pathologie générale*, t. I, p. 672.

D'où la classification des poisons en poisons endogènes et exogènes, poisons microbiens (1).

Il s'y joint l'ingestion des poisons de la digestion, les fermentations intestinales et l'invasion des poisons minéraux ou microbiens, par une porte (2) d'entrée quelconque.

« Tous les aliments contiennent des substances toxiques ; il nous suffit de citer les sels de potasse, si abondamment répandus dans la viande, et surtout dans les végétaux. — Les transformations que subissent les matières organiques au niveau du tube digestif, sous l'influence des sécrétions qui s'y déversent et surtout des microbes qui y pullulent, donnent naissance à de nouveaux poisons. »

Les matières fécales sont toxiques (3) et Bouchard a montré qu'en faisant une antisepsie sévère de l'intestin, on diminuait la toxicité urinaire.

La bile est le liquide le plus toxique de l'économie — 5 à 7 centim. cubes tuent un kil. de lapin (Roger, p. 78).

Elle est résorbée mais arrêtée par le foie (expériences de Bouchard).

— L'intestin contient donc trois sortes de poisons, ceux des ingestions, la bile, les matières putrides.

C'est l'intestin, dit Hanot, qui explique le foie. — Car celui-ci arrête les poisons, les neutralise et les rejette dans l'intestin par la bile.

— Les autres sucs de l'économie sont également plus ou moins toxiques ; le suc pancréatique, la salive, etc. et le sang, coopèrent « à ces incessantes tentatives de suicide par intoxications » (4) (Bouchard).

— Je pourrais reprendre ici chacune de ces causes d'intoxication, montrer comment elles existent, décrire les expériences qui les démontrent ; mais tout cela est admis par tous, il suffit d'ouvrir

(1) CLAUDE. *Essais sur les lésions du foie et des reins, déterminées par certaines toxines*. Th. Paris, 1897, p. 4.

(2) ROGER. *Loc. cit.*, p. 675.

(3) ROGER. *Le foie et les poisons*, p. 8.

(4) HANOT. *Rapports de l'intestin et du foie.*

un traité de pathologie générale, pour y trouver la question étudiée dans tous ses détails.

J'admettrai donc ce danger perpétuel d'intoxication vis-à-vis duquel se trouve l'organisme, et contre lequel il doit lutter continuellement.

III. — **Comment se comporte l'organisme sain vis-à-vis de ces intoxications normales ?** — L'organisme renferme deux sortes d'organes de défense vis-à-vis de ces poisons :

1° Les organes de transformation ou d'arrêt, c'est-à-dire l'intestin, la rate, les ganglions lymphatiques, la capsule surrénale, le corps thyroïde et surtout le foie (Roger, p. 887) ;

2° Les organes éliminateurs, chargés de chasser au dehors les substances négligées par les premiers, ou vis-à-vis desquelles ils sont impuissants, ou, comme on dit, insuffisants ; ce sont : l'intestin, la peau, les poumons et surtout les reins.

Ces faits ont été démontrés par Schiff qui en a fait la physiologie, par Bouchard et Roger qui les ont étudiés chez l'homme.

1° « *Le foie* (1) est l'un des rouages fondamentaux de la nutrition générale ; il alimente toute activité organique et la défend contre les poisons. »

Il remplit son rôle de trois façons (2) :

1) En accumulant certains principes toxiques pour les déverser peu à peu dans le sang ou les éliminer par la bile ;

2) En transformant certains poisons venus du dehors ou tout formés dans l'organisme ;

3) En diminuant l'intensité des fermentations intestinales grâce à la bile antiseptique.

Ce pouvoir, qui serait nul pour Bufalini, existe néanmoins en mettant en liberté dans l'intestin des substances qui gênent les fermentations.

Notons, en le soulignant, que ce rôle protecteur ne peut s'exercer qu'en raison directe de la quantité de glycogène que contient l'organe.

---

(1) HANOT. *Loc. cit.*

(2) ROGER. *Le foie et les poisons*, p. 12.

Certains poisons sont directement transformés dans le foie, et Hœckel l'a démontré pour la belladone.

Ces organes protecteurs agissent donc en détruisant ou transformant les matières toxiques, ou (1) en sécrétant des substances qui neutralisent leurs effets. C'est à Brown-Séquard que nous devons surtout ces notions nouvelles sur les sécrétions internes des organes, les reins notamment.

L'intestin protège aussi l'organisme contre les poisons venus du dehors. Certaines toxines (2) très virulentes ne le sont pas, ingérées par l'intestin. Les antitoxines sont 1,000 fois moins actives qu'en injections sous-cutanées.

Le corps thyroïde aurait également un rôle très actif (3).

2° Mais ces organes de transformation ou d'arrêt ne peuvent agir d'une façon complète, soit que la circulation ne fasse pas passer à travers eux la totalité du sang, soit que les poisons se trouvent trop abondants, ou bien que ces organes soient malades à un moment donné et ne remplissent plus qu'imparfaitement leur rôle, soit enfin qu'ils ne puissent agir que sur certaines substances et en laissent passer d'autres.

Celles-ci sont éliminées par la peau, le poumon, l'intestin et surtout les reins. L'intestin élimine les résidus des liquides toxiques, le poumon préside aux échanges gazeux, la peau a un fonctionnement nécessaire, comme le prouve les accidents des brûlures étendues, ou les expériences sur les animaux.

Enfin les reins sont les organes d'élimination par excellence, le filtre essentiel à la vie.

Cette fonction est prouvée par l'étude de la toxicité de l'urine et la toxicité urinaire existe, même quand les fonctions des organes transformateurs sont intactes.

J'y reviendrai tout à l'heure, quand je parlerai de l'insuffisance des organes et je verrai quelles variations peuvent exister dans

(1) ROGER. *Loc. cit.*, p. 785.

(2) NEUCKI, SIÉBER, et SCHOURNOW SIMANOWSKI. *Centr. bl. f. Bakt.*, 20 mai — 1er juin 1898.

(3) *Étude sur les fonctions du corps thyroïde :* VERSTRAETEN et VENDERLINDEN (Bruxelles, 1894).

ce que Bouchard appelle le coefficient uro-toxique des différents individus.

— En résumé, le foie et les organes hématopoiétiques arrêtent, transforment ou expulsent par la bile certains poisons, le rein surtout filtre le reste et maintient aussi l'organisme dans un état d'équilibre qui peut devenir instable très facilement.

IV. — **Chimie des poisons normaux de l'organisme.** — A l'heure actuelle connaissons-nous les poisons normaux qui circulent dans l'économie ?

— On ne les connaît que par leur action sur les animaux, ou par les faits cliniques, et on peut les étudier de cinq manières différentes :

1° Par la toxicité du milieu intérieur (sérum sanguin) ;

2° Par la toxicité des excrétions ;

3° Par analogie avec d'autres faits voisins ;

4° Par l'étude des troubles anatomiques qu'ils produisent ;

5° Par la comparaison de ces lésions avec celles produites par des poisons connus.

Le milieu intérieur nous est imparfaitement connu ; nous savons que le sang normal contient des leucomaïnes (1), et qu'il est toxique, généralement en raison inverse de la toxicité des urines.

Le sang des veines est toxique à la dose de 10 centim. cubes environ (2) ou de 15 centim. cubes (3).

On connaît mieux l'urine. Je parle de l'urine normale :

(4) « Les recherches de M. Bouchard démontrent que l'urine renferme sept substances toxiques, auxquelles il convient d'en ajouter une huitième découverte plus récemment :

1° Une substance diurétique, l'urée ;

2° Une substance narcotique, de nature organique, que le charbon ne retient pas et que l'alcool dissout ;

3° Une substance sialogène qui se trouve en trop petite

(1) WURTZ. *Les leucomaïnes du sang normal*. Th. Paris, 1888.

(2) RUMMOV. *Riforma medic.*, oct. 1889.

(3) MAIRET et BOSC. *Compte rendu de la Soc. de Biol.*, 1894.

(4) ROGER. *Loc. cit.*, 975.

quantité pour produire ses effets, quand on injecte l'urine en nature, mais qui agit quand on emploie des extraits alcooliques;

4° Une substance convulsivante de nature minérale, la potasse ;

5° Une substance convulsivante de nature organique, retenue par l'alcool ;

6° Une substance myotique, qui se comporte comme la précédente. On pourrait penser, d'après les expériences de MM. Mairet et Bosc, que les deux dernières substances ne sont autre chose que les matières colorantes ; mais Mme Eliacheff, dans des recherches très bien conduites, a montré que le poison myotique, contrairement aux pigments, ne traverse pas la membrane du dialyseur et récemment M. Marette a montré qu'il est détruit à l'ébullition ;

7° Une substance hypothermisante, de nature organique ;

8° Enfin une substance soluble dans l'alcool qui traverse la membrane du dialyseur ;

9° On pourrait ajouter encore un poison cardiaque, minéral, la potasse ; et un poison cardiaque, organique, surtout abondant au cours des maladies infectieuses (Lusini). »

Il faut noter encore que les mêmes urines sont plus ou moins toxiques suivant les conditions dans lesquelles on les prend, anciennes, fraîches, vieilles, jeunes, etc... (1).

Il existe aussi un rapport constant entre la toxicité plus ou moins grande de l'urine et la quantité de glycogène que contient le foie.

Enfin, notons l'action des poisons sur la thermogenèse (2). « Rien n'est plus contradictoire, au premier abord, que l'action des poisons sur la température. Quand un poison a abaissé primitivement la température, on observe secondairement une élévation thermique généralement inférieure à l'hypothermie initiale. Le contraire se produit aussi. Une même substance, suivant les doses, peut produire des effets différents ; tel poison qui est hypothermisant quand on en introduit une petite quan-

(1) BOUCHARD. *Loc. cit.*, p. 50.

(2) ROGER. *Loc. cit.*, 975.

tité, devient hyperthermisant quand on en introduit une plus forte. Enfin, quel qu'ait été l'effet primitif, presque toujours la température s'abaisse pendant la période agonique. »

V. — **Sous quelles influences l'intoxication peut-elle augmenter et devenir apparente ?** — La toxicité du sérum sanguin peut augmenter dans deux cas bien différents : Ou les organes de défense deviennent insuffisants, et alors il y a rétention, ou bien ils restent sains et fonctionnent, mais c'est la production des poisons qui augmente. Enfin les deux causes peuvent se trouver réunies, soit primitivement, soit secondairement.

— Si le mouvement de désassimilation augmente, l'urine devient plus toxique, par augmentation dans la quantité de poison, si le rein reste suffisant : c'est ce que l'on remarque dans certaines alimèntations, ou quand le travail musculaire augmente, ou quand l'individu est surmené d'une façon quelconque.

Ces conditions existent aussi dans toutes les intoxications par poisons exogènes.

Dans ces cas, les organes de défense peuvent rester suffisants et alors il n'existe aucun phénomène morbide, et l'intoxication peut ne se révéler que part la recherche du coefficient de toxicité de l'urine ; ou bien le surmenage des organes finit par les rendre insuffisants.

Enfin les causes les plus fréquentes des intoxications sont les maladies. Ces deux derniers ordres de faits feront l'objet de la seconde partie du chapitre III.

II. — Essai de physiologie de la grossesse normale dans ses rapports avec les faits précédents.

1° La grossesse normale est-elle l'origine d'une surproduction de poisons, ou de la production de poisons spéciaux ;

2° Un état spécial des organes et du sang de la femme gravide, favorise-t-il cette intoxication ;

3° Comment se comportent les organes de défense pendant la grossesse — Foie — Reins — Urines de la grossesse.

1° On peut répondre assez nettement oui, à la première

question, et cela se produit dès le commencement de la grossesse.

Charcot et Bouchard (1) admettent que la grossesse, dès les premiers jours, donne une impulsion plus vive aux actes nutritifs, en vue de la formation de l'œuf : « par suite de l'augmentation des actes nutritifs, il y a formation de déchets plus abondants ».

Repreff (2), Neugebauer (3) ont trouvé des leucomaïnes plus abondantes qu'à l'état normal et plus de matières extractives. La nutrition et les oxydations sont donc ralenties.

L'état particulier d'un organe, qui dès le début est le siège d'une hyperhémie considérable, l'existence d'un organisme surajouté, les échanges toxiques (4) qui ont lieu entre les deux organismes (qu'il y ait fœtus ou non, comme dans la grossesse molaire), sont aussi une cause d'hypertoxicité.

Ce fait des auto-intoxications dans la grosse molaire (Pinard) est un fait des plus intéressants; il prouve que le fœtus ne peut avoir qu'une importance secondaire, et qu'il n'est qu'un des multiples facteurs des faits qui se produisent. De même, si le fœtus jouait le rôle principal, les accidents devraient être toujours plus fréquents et plus graves, à la fin de la grossesse, avec un gros fœtus qu'avec un petit, etc., ce qui ne s'observe pas.

Il y a donc autre chose, et peut-être déjà devons-nous entrevoir comme facteur important la suppression d'une élimination, c'est-à-dire la suppression des règles.

Du reste, quand tous les organes de la femme sont sains et fonctionnent, les urines sont plus toxiques pendant la grossesse qu'à l'état normal.

Et cette rétention du sang menstruel, a été incriminée par de nombreux auteurs :

Doléris avait trouvé une substance cristalline dans le sang

---

(1) *Tr. de médecine*, t. I, p. 265.

(2) *Soc. de méd. de Kharkoff*, 1896.

(3) *Soc. de méd. de Kharkoff*, 1896.

(4) LANNOIS et BRIAU. Passage des poisons du fœtus à la mère. *Lyon médical*, 6 mars 1898.

des règles ; — Schmoukle (1) et Keiffer (2) appellent cette rétention, ménorrhémie, et la sécrétion serait spécifique.

M. Charrin a montré que le sang des règles avait un maximum de toxicité.

M. Pinard pense « que l'absence des règles pendant la grossesse constitue une rétention de sécrétion organique (sécrétion de l'appareil génital) qui exige comme compensation une intégrité absolue des autres sécrétions » (3).

Il semble aussi, en examinant de très près les phénomènes cliniques, qu'on peut rattacher à l'intoxication gravidique, que ce ou ces poisons donnent lieu à des phénomènes tout à fait caractéristiques de l'état de gravidité ; il est certain qu'un ensemble symptomatique caractérisé par du ptyalisme et des vomissements incoercibles, ne se voit que pendant la grossesse ; de même pour l'éclampsie ; et on est incité à penser qu'il existe des matières spéciales, qui lorsque certains organes deviennent insuffisants, peuvent donner lieu à des accidents spéciaux, et la multiplicité des accidents pourrait même faire penser que ces poisons sont multiples.

L'examen de la toxicité urinaire dans ces cas morbides, nous montre qu'elle est diminuée (4). Chambrelent et Demont ont trouvé 0,25 au lieu de 0,45 qui est le chiffre habituel. Bien plus, Labadie-Lagrave et Boix (5) ont pu ériger en principe « qu'il y a diminution de la toxicité urinaire dans les cas normaux de grossesse ». Cela est contredit par d'autres auteurs.

Pour Van der Velde, de Leyde (6), l'urine serait au contraire plus toxique, mais le sérum sanguin également. Tous ces faits sont aussi probants.

Quoi qu'il en soit et qu'il existe ou non des poisons spéciaux

(1) SCHMOUKLE. *Arch. Gyn. et Tocol.*, décembre 1897.

(2) KEIFFER. *L'Obstétrique*, 1897, n° 4.

(3) LE MASSON. *Les ictères et la colique hépatique pendant la puerpéralité*. Th. Paris, 1898.

(4) CHAMBRELENT et DEMONT. *Biol.*, IX, 1892.

(5) *Biol.*, déc. 1896. — *Arch. gén. de méd.*, sept. 1897.

(6) *Wien. klin. Rundschau*, 1896.

à la grossesse, il reste un fait certain : il existe une auto-intoxication normale plus accentuée pendant la grossesse qu'en dehors d'elle.

2° État spécial des organes et du sang qui favorise cette intoxication. — a) *Le sang* contient moins de globules rouges : il existe une hydrémie déjà vue par Andral et Gavarret. Il y a donc anémie dès le début de la grossesse, et l'on sait que le coefficient uro-toxique est considérablement augmenté chez les anémiques. L'albumine diminue ainsi que l'hémoglobine et la fibrine.

b) *Le cœur*, sans être hypertrophié d'une façon habituelle, doit accomplir un travail plus considérable, ainsi que :

c) *Le poumon*, puisque le sang a un pouvoir respiratoire moins complet. Sa capacité elle-même a diminué (Küchenmeister, Fabius, Dohrn).

d) *L'intestin* fonctionne généralement plus lentement. Les femmes sont sujettes à la constipation, et par conséquent à la rétention et à la stagnation des matières putrides. On sait aussi combien est fréquente la dyspepsie ; des fermentations anormales l'accompagnent.

3° Enfin que se passe-t-il du coté des organes de défense ? — a) *Reins*. — D'après certains auteurs (1), il existerait des connexions intimes entre l'utérus et les reins. Leyden admet même un rein gravidique gras. Cela n'est pas prouvé ; il est certain seulement que le rein est obligé de fournir une somme de travail énorme, et je verrai plus tard ce que peut causer le surmenage de cet organe, surtout si le foie est insuffisant.

b) *Urines*. — La vessie et les uretères sont presque toujours comprimés. On admettrait même une albuminurie de ce fait (2).

On trouve dans l'urine une diminution de l'urée, acide urique, phosphates, créatine (Rivière) (3).

---

(1) Schwab. *Arch. génér. de Médecine*, 1897, p. 728.

(2) Johnston. *Gyn. Soc. de Washington*, fév. 1883.

Halbertsma. *Samm. Klin. Vorträge*. Leipzig, 1882, n° 212. — Lohlein. *Allg. Wien. Med. Meitsch.* 1882.

(3) Rivière. *Auto-intox. éclamptique*. Paris, 1888.

L'importance de l'urine pendant la grossesse a été établie par Bouchard.

Enfin on [illegible] dans [illegible] particulier [illegible]

[illegible] — En [illegible] attirèrent l'attention sur la [illegible] pendant la [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] depuis [illegible]

[illegible]

j'ai examiné 52 foies de femmes mortes de maladies de la grossesse, dont 42 éclamptiques. — J'y rencontrai les lésions si souvent décrites, mais jamais de graisse. M. Vinay en a vu, mais exceptionnellement.

Il faut donc mettre un important point d'interrogation aux conclusions de M. Tarnier et penser que la lésion qu'il a décrite est secondaire et non pas normale, s'il est permis de réunir ces deux mots.

— Du reste, cette lésion hépatique, qui est considérée par quelques-uns des partisans de l'auto-intoxication éclamptique comme la cause de tout le mal, va à l'encontre du but qu'ils se proposent; car si le foie était normalement gras pendant la grossesse, toutes les femmes enceintes seraient malades et très malades, ce qui heureusement n'est pas. En effet, la stéatose d'un organe est l'un des degrés de sa mortification; l'envahissement par la graisse est, pour les cellules, une des façons de mourir, et on se demande comment les cellules d'un foie dégénéré pourraient accomplir le travail exagéré nécessaire, quand on sait que ce surmenage seul peut être pour elles une cause de mortification.

— Si, donc à l'état normal l'équilibre existe, il suffit de fort peu de chose pour le détruire ; dès que l'insuffisance se forme, si peu prononcée qu'elle soit, il se produit un cercle vicieux qui peut avoir les conséquences les plus graves.

III. — Pathologie des auto-intoxications en dehors de la grossesse.

I. — Causes des toxhémies accompagnées des phénomènes morbides.

II. — Comment agissent les poisons ?

III. — Fonction du foie. — Causes de son insuffisance.

- *a*) Une maladie antérieure le rend insuffisant, et il est cause.
- *b*) La toxhémie le rend insuffisant; il était sain primitivement.
- *c*) Foie brightique (Hanot-Gaume).

IV. — Fonction du rein. — Causes de son insuffisance.

- *a*) Mal de Brigth primitif.
- *b*) Mal de Brigth compliqué d'insuffisance hépatique.
- *c*) Rein sain, malgré la toxhémie.

Jusqu'ici j'ai cherché à mettre en lumière ce qui se passe dans les auto-intoxications de l'organisme en bonne santé, pendant et en dehors de la grossesse. J'ai vu que pendant celle-ci, il est certain et admis par presque tout le monde, que les poisons sont plus abondants et que l'équilibre peut être rompu plus facilement. J'en arrive à l'étude de ce qui se passe, quand l'intoxication s'accompagne de phénomènes morbides. Le mot intoxication à partir de maintenant, comportera donc un sens de maladie qu'il n'a pas eu jusqu'ici.

I. — **Causes des toxhémies**. — « (1) Les infections et les intoxications, telles sont les deux catégories de causes que l'on trouve à l'origine de la plupart des faits pathologiques, comme l'établissent d'une façon de plus en plus précise, les recherches modernes. »

Au début des infections, on en trouvait partout, mais maintenant l'étude des toxines microbiennes s'est fait une large place et l'on sait que la plupart des lésions et en particulier celles du foie et des reins sont causées par ces toxines.

On peut ainsi jusqu'à un certain point confondre dans la pathogénie de certaines lésions, les infections et les auto-

(1) CLAUDE. *Loc. cit.*

intoxications, puisque dans l'un comme dans l'autre cas, c'est un poison qui agit, pour produire la lésion anatomique et les phénomènes cliniques qui en découlent. Je réunirai donc dans cette rapide étude générale, ces deux facteurs, parce qu'ils aboutissent à un même résultat : une toxhémie.

— « (1) Les processus de désassimilation peuvent s'exagérer dans divers états pathologiques, toutes les causes qui entraînent une dénutrition trop intense, un amaigrissement rapide, tendent à encombrer l'organisme de matières nuisibles ; c'est ce que l'on observe aussi bien dans le surmenage que dans les cachexies ou les maladies pyrétiques, principalement dans les infections. »

De même, agissent les poisons nés dans l'organisme sous l'influence des maladies du tube digestif.

« (2) Enfin l'arrêt de la nutrition peut résulter d'un défaut d'épuration consécutif aux altérations des émonctoires ; les produits de ces désassimilations ne peuvent être rejetés, ils saturent le milieu et empêchent la diffusion hors de la cellule. »

En résumé, les causes de toxhémies sont : les intoxications exogènes, les infections, et l'insuffisance des organes de défense.

II. — **Comment agissent ces poisons ?** — « On les divise en poison plasmatiques (Roger) qui diminuent ou augmentent la coagulabilité du sang, précipitent certaines substances, modifient la constitution chimique, et en poisons globulaires qui augmentent la résistance des hématies, les détruisent, se combinent à l'hémoglobine, la réduisent et agissent sur les leucocytes.

III. — **Fonctions du foie**. — Ou bien celui-ci était sain avant la toxhémie ou il était malade et a pu être cause première.

— a) *S'il est cause de la toxhémie par une maladie antérieure qui le rend insuffisant ?* Nous assistons alors aux différents phénomènes de la maladie hépatique elle-même. Ce

---

(1) ROGER. *Loc. cit.* F. 734.

(2) ROGER. *Loc. cit.* F. 1022.

tableau est naturellement variable suivant la maladie primitive, mais il a pour fond un certain nombre de traits communs qui ont été mis en lumière par [illegible] puis [illegible] et bien étudiés par [illegible] pour le système nerveux. Ces points communs ne surviennent précisément que lorsque l'insuffisance hépatique est établie par destruction ou transformation cellulaire.

[illegible] est devenu malade que sous l'influence de la [illegible].

— Il existe dans tous les cas, les faits similaires, ainsi que [illegible] l'a fait remarquer pour les infections, dans lesquelles un certain nombre de symptômes se présentent.

[illegible] les mêmes accidents dans un [illegible] ictère grave [illegible] [illegible]

point de départ de *lésions vasculaires ; les débris de globules encombrant les petits vaisseaux, et y déterminant des thromboses, servent parfois de points de départ à des lésions parenchymateuses secondaires*. D'ailleurs la nécessité, pour certains organes, d'éliminer les *produits toxiques*, *explique la genèse* d'autres lésions, par exemple au niveau des reins.

N'est-ce pas là ce qui se passe pour les accès éclamptiques ?

Donc (Roger, p. 987) les poisons sont capables de susciter une série d'altérations qu'on peut classer de la façon suivante : les lésions initiales se produisant au point d'introduction de la substance nocive ; les lésions d'ordre fonctionnel, déterminées sur les parties de l'économie où le poison porte son action ; les lésions d'élimination frappant les organes chargés de transformer les toxiques ou de les rejeter au dehors. »

Ainsi se trouvent expliquées les lésions du foie secondaires à la toxhémie.

c) Ou bien c'est le rein qui était primitivement malade et le foie n'est devenu insuffisant que sous l'influence d'une toxhémie brightique, ainsi que l'ont étudié Gaume et Hanot (1).

IV. — **Fonction du rein**. — *a*) Lui aussi peut être primitivement altéré et nous voyons alors les néphrites évoluer avec plus ou moins de gravité et compliquées ou non d'urémie.

b) Mais cette toxhémie rénale peut se compliquer d'une insuffisance hépatique. Je viens de voir par quel mécanisme.

c) Ou bien au contraire, devant une auto-intoxication d'une autre cause, le rein suffit à sa tâche et résiste à l'action des poisons qui le baignent. En étudiant les urines, Bouchard a pu constater (Roger, p. 159) l'existence du poison éliminé chez les pneumoniques et les cholériques. Lépine a vu la même chose chez les pneumoniques. On connaît aussi les décharges toxiques et l'augmentation de la toxicité urinaire dans les convalescences.

d) Ou bien le rein ne devient malade que parce que la quantité de poison à éliminer devient trop considérable, ou plutôt

---

(1) GAUME. *Le foie brightique*. Th. Paris, 1889.

parce qu'on le charge d'éliminer des toxiques, contre lesquels il n'est pas armé, ainsi que cela se passe dans l'insuffisance hépatique. Quel que soit le poison, il peut déterminer une lésion aiguë : glomérulite, néphrite épithéliale, etc., qui peut à la longue dégénérer en néphrite chronique. Déjà en 1874, Vulpian écrivait : « l'élimination de produits viciés provenant du fonctionnement anormal et incomplet de tous les organes de l'économie a pour conséquence une irritation de la substance rénale et par suite une néphrite parenchymateuse. »

V. — **Insuffisance des organes de défense.** — Une fois constituée l'insuffisance des organes de défense, il me faut étudier séparément ce qui se passe, suivant que c'est le foie ou le rein qui fléchit, ou s'ils viennent à fléchir tous deux, l'un secondairement à l'autre.

1° Insuffisance hépatique pure. — a) *Fistule d'Eck.* — Cette insuffisance complète a pu être réalisée expérimentalement par Hahn, Massen, Neucki et Paulow au moyen de la fistule d'Eck ou fistule porto-cave. Dans ce cas, l'urée diminue, le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total est de 77,2 p. 100, au lieu de 89 p. 100 ; l'acide urique augmente de même que l'ammoniaque et celui-ci est éliminé sous forme de carbamate d'ammoniaque qui, injecté à des chiens, reproduit les accidents. Enfin ces chiens alimentés avec du lait meurent très lentement.

« Ce mémoire, dit Hanot, démontre que le foie annihile et transforme non seulement les poisons intestinaux, mais encore les poisons nés dans l'organisme par la vie même des cellules. Le rôle antitoxique du foie sur les poisons de désassimilation cellulaire générale, y est particulièrement mis hors de conteste. »

Les chiens ainsi traités, présentent de la somnolence, de la faiblesse, de l'ataxie, des crises d'agitation, de l'amaurose, de l'anesthésie à la douleur ; puis de l'excitation et des convulsions ; si l'animal guérit, il représente des convulsions pour différentes causes et en particulier après l'ingestion de viande.

b) Le carbamate d'ammoniaque est le seul poison qu'on ait pu isoler dans ces cas. Et comme l'auto-intoxication est

certainement complexe (Roger), celui-là en est peut-être le facteur le moins important.

c) C'est ainsi que l'on a l'hépato-toxhémie pure dans laquelle il n'y a pas de maladie primitive d'un autre genre, dans laquelle le rein est suffisant, et où par conséquent on ne peut rien incriminer en dehors du foie pour la production des accidents. Voyons ce qui se passe chez l'homme dans ce cas :

« En dehors (1) des accidents nerveux graves de l'hépato-toxhémie, en général précurseurs de la mort, il en est d'autres qu'on peut appeler petits accidents nerveux. Ils sont encore l'expression de la toxhémie et complètent le parallèle à établir avec l'urémie nerveuse : tels sont le prurit, la céphalalgie, la somnolence, les troubles oculaires. »

Hanot, dans son rapport au congrès de Bordeaux, Lévi dans sa thèse donnent une énumération de ces signes : comme il me faudra les reprendre pour les comparer avec ceux que présentent certaines femmes grosses, je ne les énumérerai pas ici.

d) *Leur pathogénie :* « Il est très probable, dit Hanot, qu'une partie des accidents attribués aux modifications de la sécrétion biliaire relèvent de la fonction antitoxique du foie. » Mais (2) en général la destruction finale de la cellule hépatique ne se fait subitement qu'en apparence ; elle est précédée, préparée par un certain degré d'altération. »

Et on comprend ainsi que les accidents graves mettent un long temps à apparaître, et soient précédés d'une période d'accidents très légers qui peuvent même passer inaperçus. — Ces troubles nerveux peuvent survenir dans deux états du foie : la cholémie et l'acholie.

e) Comme conséquence de ces théories, il faut remarquer le rôle considérable que peut jouer l'hérédité. Tout le monde lui reconnaît une action dans la production des accidents nerveux, même d'origine toxique. On sait aussi, combien une raison insignifiante peut être l'occasion d'accidents terribles tels que ceux

(1) Lévi. *Troubles nerveux d'origine hépatique.* Th. Paris, 1896.

(2) Hemt. *Semaine méd.*, 1893, p. 375.

du *delirium tremens*, auxquels Klippel donne actuellement une origine hépatique. On sait que Stahl, Lorry, Burrow, Charrin, Klippel, ont soutenu que les altérations du foie occupent une place importante dans l'étiologie de la folie.

f) Caractères de l'urine : Ce serait ici le lieu d'étudier en détails la toxicité urinaire et la perméabilité du rein qui reste parfaite dans les cas purs.

Mais le rein peut être sain, comme il l'est dans la pneumonie, et laisser néanmoins dans le sérum, certains poisons, parce que ceux-ci ne sont pas dialysables. M. Roger a bien voulu, quoique le fait ne soit pas encore publié, me dire qu'il existe certains poisons alcaloïdes combinés à des albumines ; cela est prouvé par ce fait que le sérum chauffé n'est plus toxique, une fois les albumines coagulées. Le rein ne peut rien contre elles ; mais dès qu'arrive la convalescence, il y a dédoublement, dislocation ; l'alcaloïde redevient dialysable et donne à l'urine une toxicité énorme. C'est là un bel exemple de perméabilité complète du rein, avec néanmoins rétention de produits qui causent la mort.

Nous retrouverons tous ces faits pendant la grossesse. « Supposons (1) qu'une affection destructive vienne abolir les diverses fonctions du foie, il en résultera une série de phénomènes toxiques contre lesquels le rein essaiera de lutter. On observera dès lors une augmentation de la toxicité urinaire ; en même temps on trouvera dans l'urine diverses substances anomales faciles à déceler par les procédés chimiques. La fonction uropoiétique du foie étant troublée, l'urée baissera et sera remplacée par des corps moins parfaits au point de vue excrémentitiel, acides conjugués et ammoniaque ; il y aura une diminution plus ou moins marquée du rapport de l'azote de l'urée à l'azote total. Les troubles de l'action du foie sur les albuminoïdes et leurs dérivés se traduisent par de l'albuminurie et de la peptonurie, les troubles de la fonction biligénique, par l'ictère ou par l'apparition dans l'urine de pigments biliaires normaux ou modifiés

(1) ROGER. *Loc. cit.*, p. 795,

(biliphéine, hémaphéine, urobiline). Les modifications de la fonction glycogénique produisent la glycosurie dont on peut admettre deux variétés principales ; tantôt il y a suractivité fonctionnelle du foie, excitation de la glande ; il en résulte une glycosurie intermittente, liée à une insuffisance du foie, devenu incapable de retenir le sucre qu'à certains moments la veine porte contient en excès ; c'est assez dire que cette glycosurie apparaîtra à la suite de l'ingestion de matières sucrées ou féculentes ; ce sera une glycosurie alimentaire. Enfin l'impossibilité pour le foie de retenir les matières toxiques, aura pour conséquences soit une rétention dans l'organisme et une mort rapide, soit une élimination par la voie rénale et, par conséquent, une hypertoxicité urinaire.

C'est donc en étudiant l'urine qu'on peut avoir des notions sur l'état des cellules hépatiqnes. Le dosage de l'urée et de l'azote total, la recherche des acides conjugués, des pigments normaux de la bile ou des pigments modifiés, de la glycosurie alimentaire et l'étude de la toxicité urinaire. Voilà les principaux moyens auxquels le médecin peut s'adresser. »

Nous reprendrons chacun de ces phénomènes en étudiant le diagnostic de l'insuffisance hépatique pendant la grossesse.

g) Les lésions que l'on peut trouver dans le foie à la suite de ces accidents, sont toujours les lésions de la maladie primitive, ou bien quand l'insuffisance est la conséquence d'une intoxication, des lésions de modification absolument caractéristiques (Claude). Elles peuvent se ramener à trois types : phlogose, stéatose, nécrobiose.

2° Insuffisance rénale pure. — Je ne parlerai que des cas où l'on aura affaire à une insuffisance rénale primitive et pure, du fait d'une lésion rénale antérieure.

a) Dans ce cas, elle donnera lieu à tous les phénomènes comparables à ceux de l'hépatisme et que Dieulafoy (1) a décrits sous le nom de petit brightisme : doigt mort, céphalée, troubles de la vue, etc... même sans albuminurie.

---

(1) *Académie de méd.*, 6 et 20 juin 1893.

Puis secondairement, arrivent les phénomènes de l'urémie et du grand brightisme.

Notons, dans ces cas, combien est infidèle le signe fourni par l'analyse de l'urine au point de vue de l'albumine. Il est de notion courante, actuellement, que l'albuminurie fait défaut dans un certain nombre de cas, quelquefois les plus graves.

b) Dans ces cas, la toxicité urinaire diminue, en même temps que celle du sang augmente par rétention.

3° Insuffisance associée du foie et du rein. — *a*) Je ne m'attarderai pas à discuter s'il existe des différences, suivant que l'un ou l'autre organe est primitivement atteint. Il est certain qu'il peut y avoir une insuffisance hépatique avec ictère, survenant à la suite d'une insuffisance rénale ; mais je crois, avec les auteurs, que le contraire existe bien plus souvent et que dans la plupart des cas c'est le rein qui subit l'influence du foie.

b) Dans les cas où les deux séries d'organes sont insuffisantes, le pronostic est nécessairement sombre, et l'on trouve, au point de vue clinique, chimique et anatomo-pathologique, un mélange de tout ce que je viens de passer en revue.

c) On peut se demander comment il se fait que, en cas d'insuffisance hépatique, le surmenage en résultant pour le rein, suffit à déterminer chez lui des lésions, alors que dans la néphrectomie une seul rein se voit brusquement imposer le travail de deux sans en souffrir généralement. Je répondrai que la maladie du rein enlevé a probablement déjà habitué le second à cette suractivité, et ensuite qu'il peut fournir sans doute plus de travail vis-à-vis des poisons normaux du sang, mais non plus vis-à-vis des poisons spéciaux habituellement arrêtés par le foie et que celui-ci laisse passer dans la circulation.

Bouchard l'admet, du reste ; Huchard (1) reconnaît que les urines se chargent d'albumine parce que la cellule hépatique ne remplit plus son rôle. Rendu (2) admet une néphrite con-

(1) *Bull. méd.*, 1892, p. 141.

(2) Mécanisme de la cachexie et de la mort dans la cirrhose. *Sem. méd.* juin 1892

gestive par suite du passage de substances irritantes négligées par le foie. Mollière (1) admet que la néphrite aiguë est une complication des maladies du foie, que ces lésions ont pour cause le passage de substances irritantes non arrêtées par le foie, et qu'il est possible ainsi d'expliquer certaines maladies de Bright, en dehors de toute autre donnée étiologique.

VI. — Pathologie des auto-intoxications de la grossesse.

I. — Il existait une maladie antérieure :

a) Du foie.

b) Du rein.

II. — Il n'existait antérieurement aucune maladie ni du foie, ni des reins.

1° Causes de l'insuffisance hépatique spéciale à la grossesse ?

2° Phénomènes que l'on peut attribuer à une hépato-toxhémie. Comparaison générale.

3° Tous ces phénomènes peuvent-ils être réunis par un lien qui montre l'unité de leur origine ?

Le chapitre qui précède était nécessaire pour établir soigneusement les principes qui régissent les intoxications en dehors de l'état gravide. Ces principes vont me servir à l'étude des divers états de la grossesse qu'on peut rattacher à une intoxication. Je trouverai le guide nécessaire pour discuter leur pathogénie, leur diagnostic et leur traitement dans ces notions peut-être un peu longues, mais nécessaires parce qu'elles sont la base de ce travail.

Jusqu'à présent j'ai vu que la grossesse prédisposait aux intoxications en général et peut-être à une intoxication spéciale ; j'ai vu comment les organes de défense se comportaient vis-à-vis de ces poisons spéciaux, dans la grossesse normale.

Qu'arrive-t-il quand chez une femme enceinte l'un ou l'autre de ces organes vient à devenir insuffisant ?

Il me faut naturellement encore distinguer deux cas bien différents : ou bien l'organisme ne présente aucune tare antérieure, tous les organes fonctionnent intacts ; ou bien au contraire, il y

(1) Les néphrites, aiguës et chroniques, par insuff. hépatique. *Lyon méd.*, 15 fév. 1894.

a préxistence à la gravidité, d'une maladie du foie ou des reins.

I. — **Il existait une maladie antérieure.** — a) Du foie. — Comme tout à l'heure, nous assistons à l'évolution des maladies, cirrhose, alcoolisme, ictère chronique, localisation d'infection, etc... Mais le pronostic sera certainement plus sombre à cause *des complications rénales plus fréquentes et plus graves* (Hanot). Il est certain que ces maladies faciliteront l'intoxication par l'insuffisance hépatique qu'elles occasionnent et nous pourrons donc voir ici tous les accidents secondaires de cette insuffisance, spéciaux aux maladies du foie, mais auxquels la grossesse donnera une physionomie particulière.

Le Masson (1) a bien étudié la fréquence de la colique hépatique pendant la grossesse, chez les individus prédisposés. C'est aussi à l'influence du foie que l'on doit rattacher la gravité spéciale du diabète, et la fréquence de l'insuffisance hépatique et du coma diabétique chez ces malades (Pinard).

b) Du rein. — S'il existe une néphrite antérieure, celle-ci empruntera à la grossesse une gravité exceptionnelle. Il est inutile d'insister sur ce fait de notion vulgaire.

Les néphrites chroniques, qu'il est en général facile de diagnostiquer, feront courir aux femmes les plus grands dangers, et l'accoucheur se verra quelquefois dans la nécessité de défendre la grossesse à ces malades.

Car elles pourront présenter très rapidement toutes les complications graves des néphrites, même l'urémie [illegible], facile à distinguer des accidents éclamptiques ; mais je pense, et je compte tout à l'heure en donner quelques preuves, que les accidents particuliers à la grossesse ne peuvent survenir que lorsque le foie sera devenu malade par le mécanisme indiqué [illegible] insuffisance hépatique [illegible] à un état [illegible] l'insuffisance hépatique.

Les lésions hépatiques sont en effet fréquentes dans le brightisme, mais cela n'est pas une règle absolue, même chez les femmes arrivées à la dernière période de l'urémie, et je me rappelle avoir vu chez M. Pilliet le foie d'une urémique qui ne présentait aucune lésion destructive.

N'oublions pas non plus un point d'une importance capitale, c'est que ces accidents graves même quand ils sont suivis de mort, n'ont pas été fatalement accompagnés d'albuminurie, mais presque toujours on retrouve dans ces cas les signes du petit brightisme, tels que les a décrits M. Dieulafoy.

II. — **Il n'existait antérieurement aucune maladie ni du foie, ni des reins.** — J'arrive à la partie capitale de ce travail, au point de vue pathogénique. Qu'on me pardonne, dès à présent, de ne pouvoir, dans l'état actuel de la science, apporter ici des preuves péremptoires de tous les faits que j'énoncerai ; la plupart du temps je serai obligé de me rapporter au chapitre des généralités, que j'ai fait à dessein aussi complet que possible, et je déduirai par analogie, suivant en cela la méthode de Bouchard.

Le but que je me propose est du reste simplement d'exposer les faits à un point de vue particulier ; je me garderai de tirer des conclusions trop nettes, et devant l'énoncé de ces idées et les arguments dont j'essaierai de les soutenir, chacun restera libre de discuter et de tirer lui-même les conclusions qu'il croira justes.

Voici, rapidement résumé, l'exposé de ces théories que M. Pinard appelle l'hépato-toxhémie gravidique. — Je pense, à la suite de mon Maître, *qu'un certain nombre d'accidents et de complications de la grossesse sont sous la dépendance directe de l'état du foie. Le rein*, ainsi que je l'ai dit, en dehors des maladies préexistantes, n'aurait qu'*une action secondaire, quoique souvent très importante*, et *l'albuminurie gravidique ne serait souvent qu'une complication et même un signe de l'insuffisance hépatique.* Le rein aurait parfois une action déterminante sur la production des accidents, mais il ne pourrait pas, seul, les déter-

miner. En un mot, ces accidents s'accompagneraient toujours d'insuffisance hépatique, souvent mais pas toujours compliquée elle-même d'insuffisance rénale. Au contraire, l'insuffisance rénale, seule, déterminerait d'autres manifestations bien à elle.

Cependant, dans certains cas, une albuminurie à frigore par exemple, pourrait être la raison déterminante d'une insuffisance hépatique, mais encore une fois, les accidents graves et spéciaux ne pourront exister avec un foie suffisant et agissant.

Tel est le problème très nettement posé que je me propose de résoudre.

L'historique de cette théorie n'existe pas, puisque M. Pinard, en a parlé seulement dans son enseignement oral; cependant les dernières éditions de Ribemont-Dessaignes et Lepage (1) en contiennent le résumé. Schwab l'a repris dernièrement dans une revue critique (2). Enfin Le Masson dans sa thèse déjà citée, l'a exposée surtout au point de vue des maladies du foie préexistantes.

— Ce problème peut se subdiviser lui-même en plusieurs : Et d'abord :

1° QUELLES SONT LES CAUSES DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE SPÉCIALE A LA GROSSESSE? — En dehors d'une lésion rénale ou d'une albuminurie à frigore, qui peut rompre l'équilibre en augmentant la toxicité du sérum sanguin, on peut être assez embarrassé pour répondre à cette question.

Cependant, il est certain que pour quelques cas l'hérédité joue un rôle évident. M. Pinard connaît des familles où les vomissements incoercibles sont héréditaires et prévus. De même pour le ptyalisme ; je possède une observation, où la grand'-mère, la mère et la fille en ont présenté à chacune de leurs grossesses. On sait du reste quel rôle joue l'hérédité dans les maladies du foie et celui-ci peut ainsi être plus apte à subir une influence morbide. Le système nerveux a une énorme action

(1) RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE.
(2) *Arch. de Méd.*, 1897.

sur l'état des cellules des organes sécrétoires et éliminateurs, et la base primordiale de toute étude pathogénique en pathologie nerveuse est, suivant l'enseignement de Charcot, l'hérédité. Il semble que chacun apporte en naissant une disposition particulière des cellules.

— Quoique j'étudie seulement, ici, les cas où le foie était sain avant la grossesse, je ne puis passer sous silence les cas où une maladie de foie antérieure et paraissant guérie, se reproduit par l'influence de la grossesse sous une forme d'insuffisance. Le Masson en a cité de nombreux exemples pour la colique hépatique ; j'en connais deux pour l'ictère soi-disant catarrhal ; il est certain que ces accidents antérieurs, quoique guéris, mettent le foie dans un état d'infériorité relatif.

Du reste, même avec les apparences complètes de la santé (1) : « L'auto-intoxication reste possible aussi longtemps que la cellule hépatique n'a pas reconquis la plénitude de ses fonctions physiologiques, et l'insuffisance persiste souvent quelque temps après la guérison, même d'un ictère simple. »

Un rien peut déterminer l'insuffisance hépatique. Cassaet (2) nous a montré qu'un simple embarras gastrique peut détruire l'équilibre ; Roger nous dit qu'une fièvre de surmenage trouble la fonction glycogénique, condition essentielle du rôle antitoxique du foie.

« C'est dans ces circonstances, dit Murchison (3), que se développe souvent cet état biliaire par torpeur du foie, caractérisé par de la langueur, de la céphalalgie, une langue chargée, de la constipation, une sensation de pesanteur après les repas, l'hypocondrie. »

On connaît du reste l'influence de l'intestin sur le foie : l'utérus comprime dès les premiers jours l'intestin et plus tard l'es-

---

(1) CHAUFFARD. *Th. de méd.* CHARCOT-BOUCHARD, III.

(2) *Soc. Biol.*, 18 mars 1890, 18 juin 1896. CASSAET et MONYOUR. De la facilité du surmenage hépatique.

(3) Leçons cliniques sur les maladies du foie 1878. *Arch. méd. Bordeaux*, nov. 1894.

tomac. Enfin : « l'insuffisance hépatique est extrêmement fréquente chez la femme (1) pour des causes diverses, dont la plus importante paraît être la vie sédentaire. Le corset doit avoir également une influence et favorise la stagnation de la bile ».

Notons enfin avec Hanot, l'influence des climats, de l'arthritisme (Cazalis, Hanot), l'hépatisme de Glénard.

Mais cette disposition particulière du foie, cette intoxication spéciale, existe donc dans les premiers mois de la grossesse? puisque certaines femmes présentent des vomissements, de la diarrhée, dès les premiers jours, et font même souvent par ces signes le diagnostic de leur état?

Je pense que ces accidents très précoces sont relativement rares, et que par conséquent ils peuvent ne se produire que chez des femmes en imminence d'hépatisme, chez des femmes déjà fatiguées ou intoxiquées, et surtout chez celles que leur système nerveux avait pour ainsi dire désignées d'avance. En effet, au début de la grossesse, on ne remarque guère que des complications qui sont secondairement sous la dépendance du système nerveux.

Enfin, je répondrai rapidement à cet argument : que si les femmes grosses sont sujettes à des intoxications aussi dangereuses, comment peut-il se faire que certaines ne soient jamais aussi bien portantes qu'alors ? Cela existe en effet chez quelques-unes qui se portent mieux parce qu'elles mangent mieux, ce qui arrive pour les lymphatiques, et leur nutrition a subi un nouvel élan ; mais avant tout, il faut que les organes soient suffisants ; s'ils le sont, la santé est excellente.

Mais si l'équilibre est une fois rompu, voit-on bien que le foie ne remplissant plus sa fonction, laisse passer dans la circulation générale tous les poisons qu'il devrait retenir ; ainsi le sérum sanguin devient plus toxique ; plus le sérum est toxique, plus l'insuffisance augmente parce que les cellules qui ont résisté, finissent par se nécroser, et alors se trouve complet le cercle vicieux dont j'ai parlé. Le foie insuffisant, du fait

(1) DEGUERET. *Relation path. du foie et du rein.* Paris, 1894.

qu'il est insuffisant, tend à le devenir de plus en plus, jusqu'à presque là mortification complète, comme dans certains cas d'accès éclamptiques.

2° PHÉNOMÈNES QU'ON PEUT ATTRIBUER A UNE HÉPATO-TOXHÉMIE. — On remarque pendant la grossesse, certains phénomènes qui sont superposables à ce que Hanot puis Lévi ont étudié dans l'insuffisance hépatique consécutive aux maladies du foie et que je vais énumérer.

Qu'on me permette de les mettre en regard les uns des autres, cela facilitera la comparaison.

INSUFFISANCE HÉPATIQUE ORDINAIRE	HÉPATO-TOXHÉMIE GRAVIDIQUE
Petits signes pour Lévi :	
Changement de caractères	Id.
Lassitude, asthénie musculaire	Id.
Céphalalgie — Vertiges	Céphalalgie frontale.
Troubles du sommeil	Id.
Insomnie — Somnolences	Id.
Névrites toxiques	Id.
Tr. oculaires	Id.
Prurit	Prurit généralisé de Stotz.
Ptyalisme	Id.
Petits signes pour Hanot (1) :	
Troubles dyspeptiques	Id.
Météorisme	Id.
Constipation	Id.
Teinte bronzée	Taches pigmentaires.
Prurit	Id.
Épistaxis	Id.
Hémorrhagies gingivales	Id. (Pinard).
Œdèmes	Œdèmes sans albuminurie.
Urobilinurie	Id.
Glycosurie alimentaire	Id.

Si les lésions s'accentuent :

Pour Hanot :

Pigmentation de la peau........	Id.
Ictère hemaphéique............	Id.
Albuminurie..................	Id. (Gouget).
Œdèmes généralisés............	....Sans albuminurie.
Hém. Épistaxis................	Id.
Varices......................	Id.
Constipation..................	Id.
Douleur hépatique.............	Peut-être la douleur de Chaussier.
Vomissements..................	Id.

Puis pour Lévi :

Délire hépatique..............	Id.
Folie hépatique (Klippel)........	Id.
Convulsions...................	Id.
Éclampsie.....................	Id.

Loin de moi l'intention de faire une comparaison absolue entre ces deux ordres de faits, et de refuser à une action réflexe, une certaine importance dans la production des phénomènes.

On peut admettre, par exemple, que les vomissements incoercibles débutent à la suite d'une émotion vive ou coïncident avec une rétroversion, comme M. Audebert (1) en rapporte un fait très intéressant ; ou bien l'éclampsie survient à la suite d'une émotion, d'un traumatisme ; mais faut-il pour cela, avec M. Guéniot (2), admettre une pathogénie spéciale de l'éclampsie ou des vomissements incoercibles ? En aucune façon, et ce qui arrive pour le *delirium tremens* est, je le répète, vrai pour les accidents qui nous occupent : ne voit-on pas les salles de chirurgie encombrées de malades n'ayant qu'une fracture simple de jambe et qui présentent un accès de délire dans la nuit qui suit leur entrée.

Il est donc singulier de rencontrer des phénomènes aussi superposables, et on est autorisé à penser qu'ils ont une commune origine.

(1) *Loc. cit.* — Considérations générales sur les cirrhoses. *Sem. méd.*, 1893.
(2) *La Médecine internationale*, 1897, p. 120. — *Acad. de Méd.*, 1893.

Je m'empresse d'ajouter que rien n'est encore prouvé d'une façon absolue. Ce travail n'est destiné qu'à poser la question sans la résoudre. Mais il est certain que la théorie de l'hépato toxhémie rend un compte beaucoup plus exact des faits que les autres théories.

On m'objectera aussi que l'on voit dans l'urémie brightique quelques-uns des phénomènes que je viens de passer en revue : en particulier, le foie brightique, la sialorrhée urémique, des convulsions, avec abaissement de température.

Cela est certain, et il est probable que dans certains cas, comme je l'ai déjà dit et comme je le répèterai, l'insuffisance rénale se joint à l'insuffisance hépatique, mais je répèterai aussi que dans tous les cas de femmes éclamptiques dont j'ai fait l'autopsie (42 aujourd'hui) : le foie a toujours été trouvé très malade, d'une façon différente suivant les auteurs, quant à la forme de la lésion, tandis que le rein a quelquefois été vu absolument sain ou avec des lésions peu importantes ou secondaires.

Je développerai du reste cet argument au chapitre des accès éclamptiques.

3° Tous ces phénomènes peuvent-ils être réunis par un lien qui montre l'unité de leur origine ? — Nous ne retenons parmi eux que les plus importants, ou ceux qui donnent à la pathologie de la grossesse une physionomie spéciale, ce sont :

Les vomissements et les troubles digestifs,
Le prurit généralisé,
Les vomissements dits incoercibles,
Le ptyalisme qui leur est si souvent réuni,
Les œdèmes sans albuminurie,
Les névrites toxiques,
Les ictères et la colique hépatique,
Certains troubles de la peau et l'herpès gestationis,
La manie puerpérale,
L'albuminurie gravidique,

Les accès éclamptiques,
La mort du fœtus et les lésions placentaires.

Je ferai l'histoire de chacun d'eux et je donnerai alors les arguments qui paraissent démontrer leur origine.

Mais je tiens à dire dès maintenant, qu'ils sont réunis par un lien d'une importance capitale : c'est le traitement.

En effet, le régime lacté, c'est-à-dire l'alimentation qui permet aux chiens de se passer de leur foie, réussit admirablement aussi dans la plupart de ces cas.

Il va sans dire qu'il est inactif quand les accidents ont une origine lointaine, et quand le foie a déjà subi des lésions considérables ; mais, pris à temps, ils cèdent au régime lacté, surtout si en même temps on facilite le fonctionnement des émonctoires de la peau et de l'intestin.

Ce régime ne peut vraiment réussir que s'il s'agit d'intoxication. *(A suivre.)*

SUR LA FERMETURE DE LA PLAIE ABDOMINALE APRÈS LA LAPAROTOMIE

Par le Dr **G. Minxevitch.**

Incontestablement, la question « *du meilleur mode de fermeture* » de la paroi abdominale est une de celles dont la solution importe le plus pour la gynécologie pratique. Et, à l'heure actuelle, la nécessité de cette solution s'impose d'autant plus que la laparotomie par la voie abdominale compte une rivale dangereuse dans la cœliotomie par la voie vaginale. Comme on le sait, les partisans de celle-ci en réclament une large application, invoquant surtout cet avantage qu'avec elle on n'a pas à redouter les hernies abdominales, si communes à la suite d'une cicatrisation irrégulière de la plaie abdominale après la laparotomie. D'une extrême importance pour tout gynécologiste, cette question est en outre des plus complexes et des plus discutées.

Toute une série de circonstances diverses influent sur la guérison de chaque plaie en général, et surtout de la plaie abdominale après la laparotomie. Ici doivent jouer un grand rôle, le choix du *siège de l'incision*, la manière de la conduire, le degré dans l'observation des précautions aseptiques pendant l'opération, le choix du matériel de suture et le mode de suture de la plaie, etc.

En discutant cette question, chaque auteur, ordinairement, n'avait en vue qu'une des circonstances dont nous avons fait mention, attribuant à cette circonstance un rôle capital pour l'obtention d'une cicatrice régulière, solide, et pour donner toute garantie contre la production d'une hernie abdominale à son niveau.

De ce fait, chaque auteur avait son point de vue spécial sur le sujet donné, prenant en considération moins les observations réelles et sévères que les impressions personnelles. Au total, la littérature de la question discutée est devenue un véritable chaos d'opinions contraires.

La première tâche que je me suis donnée, c'était de débrouiller ce chaos, de donner une certaine conclusion à cette littérature et d'apprécier les différentes circonstances, influant sur le cours de la guérison de la plaie abdominale. L'étude minutieuse de cette littérature m'a convaincu, que la question du meilleur mode de fermeture de la plaie abdominale après la laparotomie est une de celles où la routine ne peut être employée, mais qui, au contraire, exige une appréciation rigoureuse dans chaque cas particulier : *l'un ou l'autre des modes proposés pouvant être le meilleur dans un cas et d'autre part ne valoir rien dans un autre.*

Entre les différentes conditions, qui ont de l'importance pour la guérison de la plaie abdominale, les plus essentielles sous le rapport de la prévention des hernies consécutives, comme on sait, sont : 1) le siège de l'incision ; 2) le matériel de suture, et 3) le mode de suturer la plaie.

Relativement à la première condition, je suis venu à cette conclusion, que dans les cas où les parois abdominales ne

présentent aucune importante anomalie, le siège le plus favorable pour l'incision est la ligne médiane du ventre. A ce niveau, lors de la fermeture de la plaie, il est plus facile de rétablir les relations anatomiques normales de la paroi abdominale antérieure; la disposition des différentes couches des tissus dans la cicatrice redevient en ce cas assez symétrique, et la nutrition de la région de la cicatrice est complètement garantie par les vaisseaux sanguins du tissu adipeux sous-cutané et prépéritonéal.

En ce qui concerne la deuxième condition, on peut constater qu'aucune des substances ordinairement employées pour la suture abdominale ne peut être regardée comme répondant tout à fait à toutes les exigences demandées à un matériel de suture irréprochable. En vue de ces exigences, la soie est la substance la plus convenable; son seul et important défaut consiste en ses qualités de drainage, qui favorisent l'infection secondaire de la plaie.

Enfin, quant à la troisième condition, je n'ai pas trouvé dans la littérature des données suffisantes pour me permettre de décider lequel des nombreux procédés de suture, recommandé par les différents auteurs, doit être considéré comme le meilleur, et, en particulier, s'il faut donner la préférence à la suture en étages ou à la suture en masse? Les comparaisons statistiques, citées par quelques auteurs, concernant la fréquence des hernies abdominales après la fermeture de l'abdomen selon l'un ou l'autre mode de suture, sont trop incomplètes et, outre cela, ne répondent pas à cette règle principale dans de pareilles recherches, qui exige que la comparaison des résultats, obtenus en suite de l'intervention médicale, doit être faite en observant la même égalité, pour toutes les conditions qu'il peut y avoir.

Les expériences entreprises pour la décision de cette question par le professeur La Torre, ne la résolvent pas du tout, parce que les résultats de ces expériences faites sur les chiens, ne peuvent être appliqués à l'homme. Cependant la solution de cette question est précisément la plus désirable déjà par l'uni-

que considération, qu'il ne saurait être indifférent autant à l'opérateur qu'à l'opérée, que la fermeture de la plaie abdominale dure 5-10 minutes en employant la suture en masse, — ou une heure et plus, comme cela arrive de coutume, quand on suture en étages.

Ayant cela en vue, je me suis décidé à éclaircir cette question à l'aide de mes propres recherches, en choisissant pour cela une voie tout à fait nouvelle : *l'examen microscopique des cicatrices après la laparotomie abdominale*, la fermeture de l'abdomen ayant été réalisée par des méthodes différentes. J'examinai au laboratoire de la clinique du professeur A. Lebedjew 19 de ces cicatrices, 11 consécutives à la suture en masse et 8 à la fermeture de l'abdomen en étages. Mes recherches m'ont conduit à des conclusions, qui ont cette signification pratique, que l'emploi de la suture en masse dans la plupart des cas de laparotomie, — quand les parois abdominales n'offrent pas quelques anomalies, — non seulement n'est pas moins convenable, mais même est plus convenable, que la suture en étages.

La réunion des couches isolées de la paroi abdominale ne se présente pas plus mauvaise qu'après une suture compliquée, si l'opérateur, appliquant la suture en masse, observe quelques précautions : c'est-à-dire, quand il prend en suturant la peau et le péritoine le plus près possible du bord de l'incision, mais l'aponévrose et les muscles plus loin, etc. Ne cédant pas, en ce cas, à la suture en plusieurs étages, en ce qui concerne la *restitutio ad integrum* anatomique de la paroi abdominale, la suture simple offre en outre sur la suture en étages toute la série des avantages suivants : la nutrition de la cicatrice est beaucoup mieux garantie ; on n'y rencontre pas la formation des « *espaces morts* », qui sont un des côtés si défectueux de la suture en étages ; les tissus subissent moins la traumatisation qu'avec la suture en plusieurs étages ; enfin en employant cette simple suture on n'introduit pas dans les tissus une aussi grande quantité de corps étrangers, susceptibles de devenir la source d'une irritation ou d'une suppuration.

En résumant les résultats de mes recherches microscopiques et en tenant aussi compte de cette circonstance, que l'application de la suture en masse exige beaucoup moins de temps que l'application de la suture en étages, on doit conclure que la suture en masse doit être préférée dans tous les cas de laparotomie avec les parois abdominales d'épaisseur moyenne, et que seulement, lorsque les parois abdominales sont trop minces ou excessivement épaisses, on doit employer la suture en étages, en donnant la préférence à une modification de celle-ci : à la suture mixte, c'est-à-dire à une combinaison de la suture en masse avec la suture à part de la couche musculo-aponévrotique.

La suture à quatre ou cinq étages, c'est-à-dire sur chaque couche de la paroi abdominale à part, a ses mauvais côtés : en appliquant une telle suture, on observe le plus souvent des hémorrhagies et la formation des espaces morts entre les couches, ainsi que les symptômes d'une hyperhémie passive dans la cicatrice, ce qui occasionne par conséquent une altération de la nutrition normale de la plaie.

Enfin quand on étudie la littérature qui traite des diverses méthodes de suture, on a l'impression d'une accumulation superflue de méthodes elles-mêmes et de détails trop minutieux. On peut prédire avec beaucoup de vraisemblance, que l'époque d'invention de nouvelles méthodes dans cette direction va toucher à sa fin, que bientôt va se produire une réaction et que les auteurs tâcheront de simplifier autant que possible la technique de la suture abdominale.

En ce qui concerne les causes propres des hernies abdominales consécutives, je trouve que la plupart des auteurs sont trop exclusifs, en donnant une trop grande importance seulement à la méthode d'application de la suture abdominale. On ne doit pas la regarder comme une panacée sous le rapport de la prévention des hernies. On peut seulement discuter et constater combien il est possible, en appliquant l'une ou l'autre méthode, d'éviter l'une ou l'autre condition, qui est ordinairement reconnue comme une cause prédisposante pour la hernie.

Du total de ces conditions, on peut acquérir une conviction en faveur ou contre la méthode donnée. Outre cela, il y a beaucoup de raisons, tout à fait différentes entre elles et pouvant amener l'affaiblissement de la solidité normale du tissu cicatriciel, qui jouent un grand rôle dans ce cas. Il ne faut pas perdre de vue, que même le tissu normal cicatriciel est dépourvu d'élasticité et est voué à l'atrophie, à cause de la restitution très tardive et incomplète des fibres élastiques dans la cicatrice.

D'après cela, pour prévenir la hernie abdominale, il faut s'efforcer d'écarter toutes les conditions qui mettent un obstacle au développement normal de la cicatrice, c'est-à-dire : 1) éviter le renversement des bords de la peau et du péritoine dans la plaie, ainsi que l'enfoncement des masses du tissu adipeux entre les pans coupés de l'aponévrose ; 2) mettre la cicatrice de la paroi abdominale dans les meilleures conditions de nutrition et de développement ; 3) prévenir l'apparition des processus suppuratifs ; 4) préserver la cicatrice déjà formée de l'atrophie mécanique et des chocs.

REVUE GÉNÉRALE

DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE

Par le Dr **R. Labusquière**.

Aux accidents étiquetés « *vomissements des femmes enceintes* » les auteurs font un cadre plus ou moins large suivant le point de vue spécial auquel ils se placent. Les uns font rentrer dans ce groupe d'accidents les vomissements sous la dépendance de lésions, de phénomènes locaux (distension du corps de l'utérus, dans les cas de grossesse gémellaire, par ex., déviations utérines, ulcérations du col; affections de l'estomac, du foie, d'autres organes, etc.), aussi bien que ceux sous la dépendance de ces mêmes conditions locales associées à des conditions générales qui accentuent l'action pathogénique des

premières, et ceux n'ayant à leur origine aucun processus local et ne relevant que d'une prédisposition individuelle, telle qu'un fond névropathique sur la nature duquel, d'ailleurs, les appréciations ne sont pas unanimes. Plus récemment, on a fait intervenir dans l'étiologie des vomissements gravidiques les auto-intoxications, en particulier l'hépato-toxhémie (professeur Pinard, Merletti, etc.). Les accidents en question, en tant que gravidiques, c'est-à-dire en supposant éliminés ceux qui se produiraient en l'état de vacuité de l'utérus, reconnaissent-ils en réalité une étiologie univoque? Il y a peu de probabilité pour cela. L'état de grossesse par les modifications multiples qu'elle imprime à l'organisme, modifications affectant le système nerveux, le milieu sanguin, les processus de nutrition, — troublant aussi la plupart des principales fonctions (hépatique, pulmonaire, rénale, etc.), est bien de nature (indépendamment de son action pathogénique directe et souvent suffisante) à exalter les effets d'une altération locale qui, sans l'intervention de la gestation, n'aurait eu aucun retentissement éloigné, le vomissement par exemple. Il y aurait donc plutôt, en certains cas tout au moins, des associations morbides, et par suite la solution thérapeutique ne saurait être unique.

Il est, néanmoins, des auteurs qui tracent aux « vomissements *gravidiques* » des limites plus précises et surtout plus étroites. C'est un travail ayant une telle base que nous nous proposons d'analyser en détail (1) : « *Des vomissements des femmes enceintes* », par G. Klein (Munich).



Pour cet auteur, c'est à Kaltenbach que reviendrait le mérite d'avoir introduit dans la question cette notion fondamentale que « *les vomissements gravidiques peuvent apparaître comme un effet, comme une manifestation de l'hystérie* » (2).

« Par vomissements des femmes enceintes, disait Kalten-

(1) *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd XXXIX, Hft I, p. 75.

(2) Communication à la *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 20 octobre 1890.

bach, il faut entendre seulement ces cas dans lesquels les vomissements sont déterminés et entretenus par la grossesse elle-même. Par contre, il faut écarter de ce groupe nosologique les affections de l'estomac, de l'intestin, des organes génitaux, ainsi que certaines intoxications capables de produire les vomissements en dehors de l'état de gestation. »

« J'attache, ajoutait-il, une grande importance à ce fait que la grossesse même chez les sujets prédisposés doit être appréciée comme une cause occasionnelle tout à fait prédominante dans l'éclosion de phénomènes pathologiques hystériques. »

Et sous le rapport du traitement, « si ma manière de voir est confirmée par de nouvelles observations, elle devra beaucoup influer sur nos méthodes thérapeutiques. Nous devons devenir encore plus réservés dans l'emploi de l'accouchement provoqué et tourner nos efforts contre la névrose qui est à l'origine des accidents. Nous devons surtout agir moralement sur nos malades et nous appliquer à leur suggérer fortement l'action bienfaisante de certains remèdes, de certaines diététiques, de certains traitements. Pour arriver dans cette voie au succès, l'obligation s'imposera souvent de retirer les malades de leur milieu habituel pour les soustraire à l'influence reconnue pernicieuse par plusieurs auteurs, de parents trop empressés et sans tact ou de conditions ambiantes défectueuses. Le médecin sera d'autant moins réduit à chercher la ressource extrême dans l'accouchement prématuré, qu'il aura exécuté son plan thérapeutique avec plus d'autorité ».

Sans accepter absolument l'opinion de Kaltenbach que l'hystérie est toujours à l'origine des vomissements gravidiques, et plus partisan de celle d'Ahlfeld qui admet, à côté de l'hystérie, l'intervention pathogénique suffisante, chez des sujets non hystériques, d'une excitabilité nerveuse, exagérée, liée à la grossesse, Klein note que *les résultats du traitement basé sur la conception étiologique de Kaltenbach l'emportent sur les résultats de toutes les autres méthodes thérapeutiques. Ce traitement a, dans tous les cas, en quelques jours, souvent en un jour seulement, amené la guérison.*

Toutefois, sous le rapport du traitement, l'auteur ne se conforme pas absolument à la pratique de Kaltenbach. D'abord, comme il vient d'être dit, il n'accepte pas que toutes les malades dont il s'agit soient hystériques et, par suite, il assigne à la suggestion un rôle limité. D'autre part, il est d'avis que dans la plupart des cas, sinon dans tous, il est possible d'éviter tout traitement médicamenteux. Nervins, calmants, narcotiques, etc., ont des effets secondaires regrettables. Ce sont des poisons en partie pour le cœur, en partie pour l'intestin, les reins, le système nerveux central. Toutefois, il faudrait bien les employer si on ne disposait pas de moyens aussi efficaces et non toxiques. Mais ces moyens, on les a contre les vomissements gravidiques : ce sont le *repos* et la *diète*.

Quant au *traitement local* intéressant les organes génitaux, il ne s'impose que dans quelques cas, lorsqu'il s'agit de conditions créant un danger imminent, rétroflexion ou rétroversion de l'utérus gravide par exemple. Les altérations locales sans gravité, catarrhe du col, érosion, sténose du col (état dont l'importance pathogénique a été très exagérée) non seulement peuvent mais doivent ne pas être l'objet d'un traitement. Kaltenbach, et beaucoup d'autres auteurs, ont avec raison signalé l'excitation nerveuse que peuvent produire ces interventions locales.

Il est également d'avis qu'il faut renoncer à la *suggestion*, passible de l'objection suivante : *il ne faut pas affaiblir la puissance de volonté de ces malades par l'hypnose et la suggestion, en plaçant leur volonté sous une volonté étrangère, il faut fortifier au contraire cette volonté en la rendant consciente du but à atteindre.*

La méthode thérapeutique des vomissements gravidiques basée sur les considérations précédentes est la suivante :

1) Le traitement devrait être institué le plus tôt possible, immédiatement après les premiers vomissements.

(Il est vrai, note l'auteur, que souvent le médecin sera appelé tardivement ; aussi, faut-il prévenir les nouveaux mariés que dès l'apparition de la grossesse, ou du moins des premiers vomissements, il importe de consulter le médecin.)

2) Au plus tôt, assurer le repos à l'estomac et à l'intestin.

3) A la musculature volontaire.

4) Au système nerveux.

Réalisation de la condition 2 : les malades se soumettront à une alimentation liquide sans alcool et, suivant l'influence du café, du thé, du cacao sur les vomissements, avec ou sans ces substances ; utiliser encore : lait, soupes légères, eau, eau chargée d'acide carbonique, sucs de fruits dans l'eau. Pour régulariser les garde-robes, lavements à l'eau et huileux ;

De la condition 3 : immédiatement, repos au lit. Ne quitter le lit, que si au moins depuis 3 jours, les vomissements n'ont pas reparu.

Le lit, au cours du traitement, ne doit être quitté sous aucun prétexte (lavages, soins des cheveux, mictions et garde-robes) ;

De la condition 4 : pas de visite, pas de lettres, pas de direction du ménage, le mari doit éviter à la malade toute excitation nerveuse, sexuelle comprise

5) Si, au bout de quelques jours, on ne constate pas d'amélioration, *il faut parler de la nécessité de l'entrée dans un établissement spécial.* Souvent, la seule perspective de cette éventualité agit immédiatement.

6) Si cette perspective — cette menace pourrait-on dire — n'a pas réussi, il faut réaliser ce transfert de la malade dans un établissement spécial. (L'auteur ne prolonge pas le traitement à domicile au delà de 8 jours ; si, après ce délai, la guérison ou du moins une grande amélioration n'est pas survenue, la mesure radicale, précédente, est prise.)

Il est nécessaire d'avoir dans ces maisons de santé des gardes-malades dont on soit sûr. Elles doivent diriger de la façon la plus rigoureuse le régime prescrit, empêcher toute visite, même du mari et supprimer toute correspondance. Pour tranquilliser la malade, on lui donne l'assurance que ses proches seront tenus au courant de son état et qu'elle-même sera prévenue de ce qui pourra survenir de particulier dans sa famille.

Ces conditions, tout d'abord, paraissent dures aux malades et

à leurs proches, mais seulement pendant un jour. Bientôt, en effet, les malades constatent l'effet bienfaisant du repos; le plus souvent les vomissements cessent dès le premier jour; rarement le deuxième ou le troisième jour; dans quelques cas, ils disparaissent dès le moment de l'entrée dans la maison de santé. Une malade me dit : « On ne vomit plus, pour la seule raison déjà d'échapper à l'ennui. » De fait, l'ennui est un bon moyen pour préparer la guérison d'une excitation et d'une excitabilité exagérées.

Si l'on objectait que cet « isolement des siens » est une mesure bien sévère pour une maladie aussi bénigne, on peut répondre que l'affection n'est si bénigne qu'au début, et cela, le nombre encore considérable d'avortements artificiels, de vies fœtales sacrifiées, tout en exposant les mères, le prouve.

Il est néanmoins certain qu'après un traitement soit à domicile, soit dans un établissement spécial, des *récidives* peuvent se produire. Mais en général ces récidives ne sont pas graves et n'ont jamais nécessité, jusqu'à présent, un nouvel isolement : repos au lit, diète et ménagements suffiront.

Il est bon d'être prévenu de ce fait qui peut se présenter : des filles, des femmes en état de *grossesse illégitime* manifestent de l'étonnement lorsqu'elles apprennent qu'on peut traiter leurs vomissements sans les débarrasser de l'œuf. Or, dans ces cas, il faut, plus que dans les autres, se montrer réservés dans l'emploi de l'accouchement prématuré. Ces malades exagèrent volontairement leurs malaises. Aussi, leur internement dans un établissement est doublement utile sous le rapport de l'observation et du traitement.

Si les malades sont, quand elles se présentent, en danger imminent, il est impossible d'écarter la nécessité de l'accouchement prématuré artificiel. Aussi, faut-il vulgariser la notion de la nécessité d'un traitement précoce.

On divise en général, l'évolution des vomissements gravidiques en 3 périodes : 1) vomissements immédiatement après la prise des aliments.

2) Vomissements même sans prise de nourriture; refus et

crainte des aliments ; soif, urines rares, langue sèche, amaigrissement, diminution des forces.

3) Présence de sang dans les matières vomies, fièvre, odeur particulière des malades, pertes de connaissance, délire, mort.

Le traitement diététique convient pour les 2 premiers groupes d'accidents. Peut-il se montrer efficace dans certains cas du 3e groupe, l'expérience l'apprendra. Si l'état des forces des malades le permet, on pourra l'essayer. Parce que, d'une part, bon nombre d'observations antérieures établissent que même dans cette période la guérison est possible sans avortement, et que, d'autre part, l'interruption artificielle de la grossesse produit elle-même une grande excitation de tout le système nerveux et qu'elle est une intervention grave.

OBSERVATIONS

1re SÉRIE (*Sans internement dans un établissement spécial*).

1) ... 22 ans, Ipare. Même avant la grossesse neurasthénie modérée. Mère neurasthénique, mais aucun stigmate d'hystérie. Dernières règles, mi-octobre 1897. Vers la mi-janvier, vomissements fréquents après les repas mais pas chaque fois. Pas d'amaigrissement notable. Repos au lit 10 jours, alimentation liquide sans alcool. Après 10 jours, plus de vomissements. Jusqu'à présent, mars 1898, évolution régulière de la grossesse ; santé florissante.

2) ... 27 ans, Vpare. Dernières règles, 20 septembre 1896. Depuis la mi-octobre, vomissements violents et fréquents, aussi bien le matin que pendant la journée. En raison d'une observation trop courte, la femme s'y étant soustraite dès la cessation des vomissements, on ne put vérifier l'exactitude de son dire sur son amaigrissement. Après 5 jours de repos au lit et de nourriture liquide, encore des vomissements mais diminués. Le 7e jour, le repos au lit étant continué, on administra l'orexine basique. Au cours du 8e jour, encore une crise de vomissements. (Après expérience, l'auteur n'accorde à l'orexine aucune vertu spécifique, il a vu les vomissements cesser sans elle et persister malgré son usage.)

3) ... 27 ans, IIpare. Neurasthénie modérée, une sœur hystérique. En 1892, avortement au 2e mois. En janvier 1894, curettage, endomé-

trite interstitielle. Grossesse actuelle : dernières règles au commencement de février 1895. A partir de la mi-avril, vomissements, tout est rejeté immédiatement, même l'eau. Amaigrissement considérable et affaiblissement ; P. 104, petit. Repos au lit, nourriture liquide. Le mari étant très inquiet, nerveux, la femme elle-même est dans un état nerveux constant. Au bout de 1 jour, vomissements, plus faibles mais non disparus. Il fut déclaré à la malade que *l'internement dans un établissement serait absolument nécessaire si les vomissements n'avaient pas cessé après deux jours. Dès ce moment, ils ne se reproduisirent plus.*

4) ... 21 ans, Ipare. Mère neurasthénique ; la malade elle-même est neurasthénique et présente des symptômes d'hystérie. A 3 mois de grossesse, « vomissements violents » qui cessent spontanément le 4e mois. Vers le milieu du 5e mois, nouvelle attaque, la malade vomit tout ce qu'elle prend ; amaigrissement, perte des forces. Seulement alors, appel au médecin. Repos au lit, diète : visites des proches, sauf du mari, homme intelligent. Repos au lit, nourriture liquide, orexine basique. Le 4e jour, signification de la nécessité possible du transfert dans un établissement spécial ; à partir du 5e jour, plus de vomissements. Quelques récidives légères toujours à la suite d'excitations, et arrêtées par le repos au lit et la nourriture liquide ; 8 jours environ avant le terme présumé de la grossesse, mise au monde d'un enfant fort, parfaitement développé. Dans la suite, fréquemment des phénomènes de neurasthénie et d'hystérie.

2e SÉRIE (*Avec transfert dans un établissement spécial*).

5) ... 24 ans, IIpare, hystérique. Dernières règles, 8 juillet. Fin août, vomissements abondants, vomit tout ce qu'elle prend et vomit même sans avoir pris de nourriture. Grand affaiblissement, amaigrissement profond. Le médecin de la famille désire une consultation parce que la provocation de l'avortement peut s'imposer. Repos au lit plusieurs jours, etc. sans résultat. *Transfert dans un établissement. Dès le 2e jour plus de vomissements. Exeat* après 5 jours, guérie. Rétablissement rapide. Ultérieurement récidive legère, guérie par le repos et la diète.

6) ... 28 ans, IIpare. Neurasthénique : sœur ne présentant pas de symptômes de névrose. Dernières règles 6-10 décembre 1897 ; depuis la mi-janvier, rejet de tous les aliments. Amaigrissement profond, affaiblissement. Repos au lit et diète inefficaces, impossibilité d'empêcher les visites des parents. Le 24 février 1898, *transfert dans un établissement. Dès le 2e iour* plus de vomissements. *Exeat* le 6e jour,

guérie ; actuellement, fin mars, beaucoup de malaises à la suite d'énervements ; pas de vomissements, Affaiblissement encore marqué, pourtant augmentation du poids.

7) ... 28 ans, Ipare. Dernières règles au commencement d'avril ; mi-mai rejet de tous les aliments (?). Repos au lit, diète ; orexine basique. Persistance des vomissements. Après 8 jours de traitement, sans succès, à domicile, transfert dans un établissement le 21 mai 1897. Dès le 1[er] jour, vomissements plus rares, dès le 2 plus de vomissements. *Exeat* le 6e jour, guérie. Le 14 janvier 1898, après un travail de 5 jours, extraction avec le forceps d'un enfant vivant porté au delà du terme.

8) ... 25 ans, Ipare. Anémique, neurasthénique. Dernières règles fin janvier 1897. Depuis le commencement du mois vomissements abondants et allant en s'aggravant ; dans ces derniers temps la bière seule était conservée. Repos au lit et diète n'amenèrent, à domicile, qu'une amélioration. Augmentation de l'amaigrissement et de la faiblesse. Le *21 avril, transfert dans un établissement. Dès le 2e jour, pas de vomissements.* Pour lui laisser le temps de reprendre des forces, *exeat* seulement le 9e jour. Le 9 novembre 1897, accouchement spontané avant terme. La mère reste neurasthénique après l'accouchement.

9) ... 26 ans, IIIpare. Une grossesse gémellaire avec avortement au 4e mois, 1 fois enfant mort-né, à 8 mois. Grossesse actuelle : dernières règles en septembre 1894. Dès la fin octobre, la femme vomit tout ce qu'elle prend et vomit sans avoir pris de nourriture. Amaigrissement inquiétant et perte des forces. Le médecin de la famille réclame une consultation en vue de la nécessité d'un avortement provoqué. Traitement à domicile ; repos au lit, diète, échec complet. Le 28 octobre 1894, *transfert dans un établissement. Dès ce moment, pas de vomissements.* Dès le 6e jour, la viande fut acceptée avec appétit et conservée.

Ultérieurement, plus de vomissements.

10) Même malade que dans l'observation 9. Nouvelle grossesse. Dernières règles, 10 janvier 1897. Depuis la mi-mars 1897, vomissements persistants ; cependant amaigrissement modéré, affaiblissement. *La malade elle-même désire entrer dans un établissement spécial. Admission le 30 mars.* Dès ce moment les vomissements cessent. *Exeat*, guérison persistante.

Ainsi les 10 cas ont guéri. Et par guérison, on entend non pas seulement la cessation des vomissements, mais le retour de l'appétit avec la conservation des aliments, et le relèvement du poids et des forces.

Conclusions de Klein : 1° Avec Kaltenbach et Frank, il y a intérêt à ne considérer comme « *gravidiques* » que des vomissements déterminés et entretenus par la grossesse elle-même et sous l'influence desquels la nutrition des malades souffre.

2° La cause des vomissements, au sens strict que leur donne Kaltenbach, peut résider aussi bien dans une névrose (Ahlfeld) que dans l'hystérie.

3° Il suffit, pour la cure des vomissements rentrant dans les deux premiers groupes, d'un traitement diététique : repos de l'esprit et du corps, réduction de la nourriture à une alimentation exclusivement liquide.

4° Si le traitement à domicile n'est pas, au bout de quelques jours, suivi de succès, il faut parler d'abord de la nécessité possible d'un traitement dans une maison de santé spéciale.

5° Si les vomissements ne cessent pas sous l'influence de cette perspective, réaliser le transfert dans la maison de santé.

6° Tout traitement local (sauf dans le cas de danger imminent, incarcération de l'utérus gravide par exemple) doit être écarté, ainsi que l'usage des médicaments et de la suggestion.

7° Dans les cas de vomissements appartenant au troisième groupe, nécessité sera dans quelques cas d'interrompre artificiellement la grossesse.

8° Pour éviter d'en arriver là, il est nécessaire de traiter les vomissements gravidiques le plus tôt possible, déjà dans la première et dans la deuxième période.

* * *

La définition des « vomissements gravidiques » que l'auteur emprunte à Kaltenbach et sur laquelle il a basé sa thérapeutique est assurément défendable. Et les quelques observations qu'il relate, surtout celles de la deuxième série, militent singulièrement en sa faveur. Toutefois, elle préjuge un examen particulièrement minutieux des malades et un diagnostic parfois extrêmement difficile. A ceux qui accepteront cette définition précise mais étroite, incombera en effet le devoir, avant surtout de procéder à un traitement aussi radical que l'*isolement*,

de s'assurer le plus possible qu'il s'agit de formes purement nerveuses, qu'il n'existe pas, avec ou sans une nervosité excessive, une lésion capable de produire l'acte morbide. On connaît l'observation publiée par Charpentier d'une femme atteinte d'un abcès péri-uréthral chez laquelle les vomissements apparaissaient et disparaissaient suivant que la poche contenait ou ne contenait pas de pus, et qui s'arrêtèrent, d'ailleurs, définitivement à la suite de l'incision de l'abcès. Au même point de vue, une observation de Krassowsky est également bien suggestive. Femme âgée de 26 ans, Ipare, enceinte de sept semaines et sous le coup de vomissements incoercibles : augmentation du volume de l'utérus et existence d'une tumeur grosse comme une pomme, à gauche de la matrice.*Diagnostic :* grossesse extra-utérine pour laquelle on fit la laparotomie. Le ventre ouvert, on constata un *kyste dermoïde* enclavé, des annexes gauches et un *utérus gravide*. La tumeur enlevée, les vomissements cessèrent et la grossesse se poursuivit normalement (1). Combien de faits analogues à ces deux cas pourrait-on réunir pour démontrer l'influence pathogénique d'une altération locale ! Il faudra donc savoir, grâce à un examen approfondi des malades, écarter ces cas-là. D'autre part, le rôle des auto-intoxications dans l'étiologie des vomissements, au moins dans un certain nombre de cas, paraît s'accréditer de plus en plus, et, là encore, il y aura une sélection à faire. Toutefois, il existe assez de faits dont la singularité, l'imprévu, la brusquerie dans les guérisons, établissent de la façon la plus décisive que, dans ces cas, il ne peut s'agir que d'une origine exclusivement nerveuse. Deux faits rapportés par Doléris sont incontestablement de cette espèce: « Je me suis servi, dit-il, de l'électricité dans quelques cas de vomissements incoercibles de la grossesse. Souvent j'ai échoué, j'ai quelquefois réussi. Dans un cas, il s'agissait d'une forme grave de vomissements incoercibles, avec amaigrissement rapide, haleine fétide, état nerveux, etc. *Les vomissements cessèrent à la troisième application.* Or, nous nous étions

(1) *Annales de Gynéc. et d'Obst.*, avril 1894 p. 337.

aperçus, dès le début, que *la pile ne marchait pas*, etc. Dans une autre observation, il s'agissait d'une femme qui, vers la fin de sa grossesse, fut prise de vomissements qui ne cessèrent qu'avec l'accouchement. Or, quelques mois après, la même femme, non enceinte cette fois, fut reprise de vomissements accompagnés de spasmes douloureux de l'estomac, et qui ne cédèrent qu'à *l'isolement* et aux douches. Les exemples de ce genre en faveur d'une origine nerveuse sont également très nombreux.

En France, du reste, l'influence prédominante et même exclusive du système nerveux, dans certains cas, a été nettement indiquée. Dès 1880, Bailly écrivait : « Je continuerai à voir dans les vomissements incoercibles une exagération pure et simple des troubles fonctionnels engendrés par la grossesse, troubles nuls chez quelques femmes, plus ou moins prononcés chez les autres, et qu'il faut avant tout rattacher aux changements survenus dans la composition du sang des femmes enceintes, et aux modifications qui en résultent dans le fonctionnement du système nerveux. *La marche irrégulière de l'affection et son arrêt subit sans cause appréciable, ou encore la perturbation produite ar le traitement ne cadrent guère avec l'idée d'une cause organique, que suppose la doctrine des localisations.* »

En 1883, Doléris et Charpentier publiaient un certain nombre de faits qui tendent à cette conclusion « qu'il y a des vomissements gravidiques à forme hystérique qu'on doit traiter comme une manifestation de l'hystérie ». Klein du reste consigne dans un historique détaillé l'opinion de Doléris.

En 1893, dans sa thèse inaugurale (1), le Dr Lues étudie la question sous le même point de vue que Kaltenbach, Ahlfeld et H. Mettler qui, à son avis, a le mieux établi le rôle du système nerveux dans les vomissements de la grossesse. Il traduit dans sa thèse une partie importante du mémoire original publié par ce dernier dans le *Journ. med. americ. Assoc.*, février 1892.

---

(1) *Traitement des vomissements incoercibles bénins et graves reconnus d'origine nerveuse.* Th. Paris, 1893, n° 72.

D'autre part, le Dr Lues rapporte 2 observations, dont une personnelle, dans lesquelles les vomissements très graves furent traités *avec succès par l'hypnotisme et la suggestion.*

A la Société obstétricale et gynécologique de Paris, Budin, à l'occasion d'un fait cité par Doléris, a aussi mis en relief le rôle du système nerveux dans un certain nombre de cas. « L'observation de M. Doléris pourrait s'intituler électricité et *suggestion.* Il n'est pas douteux en effet que celle-ci n'agisse sur un certain nombre de ces femmes qui ne sont que des nerveuses. On sait qu'on fait cesser les vomissements chez quelques-unes en les faisant sortir en voiture découverte, *chez d'autres il suffit de les changer de milieu, de les faire entrer à l'hôpital.* J'ai vu un cas de vomissements incoercibles chez une femme non enceinte, il a suffi de lui affirmer qu'elle n'était pas grosse pour voir ses vomissements cesser, etc. » (1). Il ne serait certainement pas difficile d'allonger la liste des auteurs français qui, par certaines observations, ont mis en relief le rôle éventuellement exclusif du système nerveux.

Mais, quelles conclusions tirer de faits si éloignés souvent les uns des autres, si ce n'est qu'il faut toujours s'appliquer, grosse difficulté souvent, à dégager le plus exactement possible la ou les causes des vomissements gravidiques, de ne pas oublier que de simples, bénins au début, ils peuvent devenir extrêmement graves, d'une manière graduelle le plus souvent, mais quelquefois très rapidement. Qu'il importe donc de les traiter au plus tôt, en déduisant sa thérapeutique du diagnostic causal qu'on se sera efforcé de faire aussi rigoureux que possible, de façon à prévenir non seulement une issue funeste pour les deux êtres, mais aussi la nécessité de l'avortement provoqué, la seule thérapeutique efficace, il est vrai, dans certaines conditions, mais « *thérapeutique de désespoir* » suivant l'expression de Jacquemier.

---

(1) *Comptes rendus de la Soc. obst. et gyn. de Paris.* Séance du 16 avril 1896, p. 69.

REVUE CLINIQUE

HOPITAL DE LA CONCEPTION. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR QUEIREL

TROIS CAS DE RÉTRÉCISSEMENTS PELVIENS : UNE APPLICATION DE FORCEPS, DEUX SYMPHYSÉOTOMIES ; RÉSULTATS COMPARATIFS

Par le Dr **G. Pujol**,
Chef de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

On connaît tous les dangers que fait courir, tant à la tête de l'enfant qu'aux parties molles et même au squelette de la mère, l'application du forceps dans les cas de dystocie par défaut d'amplitude du bassin.

Les observations de fractures du crâne fœtal, de déchirures de l'utérus, de la vessie, du vagin, voire même de disjonction des symphyses maternelles, ne se comptent plus. Aussi, maintenant que la symphyséotomie, trop tardivement réhabilitée, a montré par des résultats patents tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle, les accoucheurs abandonnent-ils successivement le forceps, employé comme agent de réduction dans les cas de rétrécissements moyens et même légers du bassin.

Sans doute, on a pu recueillir plusieurs exemples dans lesquels, malgré l'angustie pelvienne, l'accouchement a été heureusement terminé par une application de forceps au détroit supérieur. Mais, répétons-le, au prix de quels risques pour l'enfant et la mère, a-t-on obtenu des résultats si aléatoires ? Et encore ces enfants, qui ont si heureusement échappé au danger immédiat de la rupture de leur boîte crânienne, ne se sont-ils pas plus tard ressentis de la compression momentanée de leur encéphale? On ne les suit pas en général suffisamment pour avoir le droit de nous pleinement rassurer sur leur sort ultérieur, et l'on se contente bien souvent d'enregistrer un

succès opératoire. L'agrandissemment momentané du bassin expose beaucoup moins la mère et point du tout l'enfant; il donne de plus des résultats bien autrement certains, autant que peuvent l'être les conséquences d'une intervention chirurgicale nettement indiquée et régulièrement conduite.

Pourtant, ainsi que l'a fait ressortir M. le professeur Budin à la dernière session de la Société obstétricale de France, le fórceps trouve parfois encore son application dans les bassins légèrement rétrécis, et cela quand, ayant des doutes légitimes sur la vitalité du fœtus, d'une part, ou sur l'infection probable de la femme, de l'autre, l'accoucheur recule devant une symphyséotomie inutile, peut-être même dangereuse.

C'est précisément dans ces conditions que M. le professeur Queirel a dernièrement pratiqué une application de forceps dans l'excavation d'un bassin à rétrécissement canaliculé léger. Bien que l'opération ait été menée avec toute l'habileté et la douceur requises, quoique l'instrument employé fût du modèle de Tarnier à tracteur, l'enfant ne put être extrait qu'au prix d'une facture du crâne et succomba peu après à ses lésions.

Quelques jours auparavant, M. le professeur Queirel avait pratiqué une symphyséotomie avec le plus grand succès ; à un mois de là, une nouvelle symphyséotomie lui permit de nouveau de sauver la mère et l'enfant.

Ces trois observations nous ont paru susceptibles d'un instructif rapprochement ; nous les livrons sans commentaire aucun, laissant tirer des seuls faits tout l'enseignement qu'ils comportent.

Obs. I. — *Primipare ; rétrécissement canaliculé léger du bassin ; tête fœtale volumineuse ; application de forceps dans l'excavation, en occipito-postérieure, après soixante heures de travail ; mort de l'enfant à la suite d'une double fracture de la voûte crânienne ; rétablissement de la mère.*

Marie M..., âgée de 22 ans, journalière, primipare, entre à la Clinique obstétricale le 3 mars 1898.

Elle ne peut fournir aucun renseignement sur l'âge auquel elle a fait ses premiers pas, mais assure avoir toujours bien marché. Sans

antécédents pathologiques, elle a été réglée à 15 ans pour la première fois et a continué à l'être normalement depuis. Les dernières menstrues se sont montrées du 20 au 23 mai 1897 ; le ventre augmenta progressivement de volume, mais la mère ne perçut que fort tard les premiers mouvements actifs de son enfant, dans le courant du huitième mois seulement, affirme-t-elle.

La grossesse a été régulière.

Le travail a débuté le 1er mars au soir. Les membranes se sont prématurément rompues dans la matinée du lendemain. Les douleurs ont continué toute cette journée et la nuit suivante, sans amener de résultat appréciable. La journée du 3 mars se passa de même et, le soir, les choses étant toujours à peu près stationnaires, la parturiente se fit conduire à l'hôpital.

A son arrivée dans le service, on ne relève rien de particulier dans son habitus extérieur ; le squelette paraît bien conformé, la taille est d'environ 1 m. 60. Le ventre est volumineux, les parois sont résistantes et tendues ; le fond de l'utérus se trouve à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La palpation, difficile par suite de la tension et de la sensibilité de la paroi abdominale et des contractions assez fréquentes de l'utérus, permet toutefois de reconnaître une présentation du sommet en position gauche. Les battements du cœur fœtal s'entendent à gauche et au-dessous de l'ombilic ; ils sont réguliers et bien frappés.

Au toucher vaginal, on constate que le col est effacé, suffisamment dilaté pour permettre l'intromission facile de deux doigts de champ ; il n'est pourtant pas dilatable et ses lèvres conservent une certaine épaisseur. L'excavation est remplie par une volumineuse bosse séro-sanguine, qui gêne pour se rendre un compte exact des dimensions du bassin. La tête, bien qu'encore élevée, est engagée et immobilisée en G. T.

L'état général de la mère se maintenant bon en dépit de la longue durée du travail, les douleurs se suivant avec assez de régularité et suffisamment de force, et, d'autre part, le fœtus ne manifestant aucune souffrance de cet état de choses, on se résolut à attendre, espérant voir descendre la tête, en donnant alternativement des injections très chaudes et de grands bains faiblement antiseptiques.

Le lendemain matin, on s'aperçoit que la dilatation atteint les dimensions d'une paume de main, mais que le col n'est pas plus dilatable. La bosse séro-sanguine arrive à deux travers de doigt de la vulve ; la

tête est un peu descendue, mais la rotation s'est effectuée en arrière, la mettant en position G. P. On essaie la rotation artificielle d'après le procédé de Tarnier, mais sans pouvoir faire bouger la tête solidement fixée ; on n'insiste pas dans ces manœuvres.

Au reste, l'état de la mère commence à devenir peu satisfaisant ; son pouls est rapide, sa température axillaire atteint 38°,5 ; elle est manifestement épuisée par ce long travail de plus de soixante heures. Les contractions utérines faiblissent et s'espacent de plus en plus. Le fœtus lui-même est en souffrance et les battements de son cœur se précipitent.

A 11 heures du matin, la dilatation étant complète et la femme une fois endormie, M. le professeur Queirel applique le forceps Tarnier. La tête, ne pouvant effectuer la grande rotation, est amenée en O. S. ; mais le dégagement présente de grandes difficultés ; trois fois le forceps dérape. Le fœtus est enfin extrait au bout de dix minutes. Il est en état de mort apparente, mais il peut être ranimé au bout de cinq minutes de respiration artificielle.

Le périnée et le col utérin n'ont subi aucune lésion L'utérus revient bien sur lui-même ; mais, la délivrance ne se faisant pas spontanément et le col menaçant de se refermer, M. Petit, interne du service, y procède artificiellement une heure environ après l'extraction. Le placenta pèse 460 grammes.

La pelvimétrie digitale interne donne 9 centim. et demi pour le diamètre promonto-pubien minimum et 10 centim. pour le diamètre mi-sacro-sous-pubien. Cette femme a donc un rétrécissement léger et canaliculé du bassin par défaut de courbure du sacrum.

Après des suites de couches normales et apyrétiques, la mère sort, en bonne santé, le 15 mars.

Les événements n'eurent point pour l'enfant une si heureuse issue. Dès après sa naissance, on perçut de la crépitation osseuse au niveau de la région pariétale droite. Il ne tarda pas à tomber dans une somnolence comateuse, entrecoupée de convulsions épileptiformes, et finit par succomber au bout de onze heures.

Long de 49 centim., il pesait 2,980 gr. A l'autopsie, nous trouvâmes la région occipito-pariétale occupée par une volumineuse bosse séro-sanguine, se confondant graduellement avec une suffusion sanguine sus-jacente à la fracture du pariétal droit. La voûte crânienne était en effet fracturée en deux endroits, au niveau de chacun des pariétaux. La fracture du pariétal droit, la plus sérieuse, affectait une forme étoilée à trois branches, rayonnant de la bosse pariétale. De ce

point comme centre, partait un premier trait de fracture se dirigeant en avant et un peu en haut et rencontrant la suture fronto-pariétale à un travers de doigt de l'angle droit de la fontanelle antérieure ; un second trait montait en haut et en arrière pour venir tomber perpendiculairement sur le milieu de la suture inter-pariétale. Ces deux traits délimitaient, avec les deux sutures précitées, une large esquille quadrilatère. Une dernière fissure de 1 centim. et demi de longueur se dirigeait en bas et en arrière vers la fontanelle postérieure.

La solution de continuité du pariétal gauche se réduisait à une fêlure horizontale, de 3 centim. de longueur, tombant à angle droit sur la suture sagittale, à deux travers de doigt au-dessus de la fontanelle postérieure et à un travers de doigt en arrière de l'extrémité interne du second trait de la fracture du pariétal opposé.

A droite existait, entre l'os fracturé et la dure-mère, un petit épanchement sanguin. Les méninges et le cerveau étaient congestionnés, particulièrement dans les parties correspondant aux lésions osseuses, mais il n'y avait point de désordres apparents.

Les divers viscères n'offraient rien de particulier.

La mensuration des diamètres céphaliques a été prise avec soin ; abstraction faite de l'énorme bosse séro-sanguine qui déformait considérablement le crâne. Voici quels étaient ces diamètres : O. M. = 14 centim. ; O. F. = 12 centim. et demi; S. O. F. = 11 centim. et demi; S. O. B. = 10 centim. ; S. M. B. = 10 centim. et demi ; Bi-P. = 10 centim. ; Bi-T. = 8 centim. et demi.

Cette tête était donc plus volumineuse qu'une tête ordinaire.

Obs. II. — *Secondipare. Rétrécissement de 8 centim. et demi ; symphyséotomie à terme ; mère et enfant vivants.*

Marie B..., domestique, âgée de 25 ans, entre à la Maternité le 24 janvier 1898.

Abandonnée toute jeune par ses parents, elle ne peut fournir aucun renseignement précis sur sa première enfance. D'après ses plus lointains souvenirs pourtant, elle croit avoir toujours marché régulièrement et ne se rappelle pas avoir jamais été malade.

Règlée à 12 ans, elle a vu depuis ses menstrues venir à époques fixes jusqu'à l'âge de 22 ans, où elle est devenue enceinte pour la première fois. La grossesse a été physiologique et l'accouchement s'est effectué spontanément à terme. L'enfant, un garçon, était bien portant quoique petit. Il a été laissé aux soins de l'Assistance et sa mère ignore ce qu'il est devenu.

Vers le mois de mai 1897, survient une seconde grossesse ; le père n'est plus le même que celui du premier enfant.

Cette enfant est bien constituée et n'offre pas de trace de rachitisme. Au moment où elle entre dans le service, c'est-à-dire au huitième mois de sa grossesse, on constate que l'abdomen est très développé, le fond de l'utérus remonte dans la région épigastrique, à 37 centim. au-dessus du bord supérieur du pubis. L'enfant vivant se présente en O. I. G. T. sans engagement.

En pratiquant le toucher vaginal, Mlle Mouren, maîtresse sage-femme, s'aperçoit qu'il existe un rétrécissement du bassin, dont le diamètre promonto-pubien minimun peut être évalué à 8 centim. et demi. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Les membres inférieurs sont œdématiés, ainsi que la région sus-pubienne. L'analyse des urines y révèle la présence de 50 centigr. d'albumine par litre. Le régime lacté est immédiatement institué.

Le 22 février l'albumine a totalement disparu.

Le travail débute le 26 février, dans la nuit. Le 27 au matin, la poche des eaux arrive presque à la vulve, tandis que la présentation ne s'engage nullement. Vers dix heures, à la dilatation complète, on rompt les membranes, le col revient à ce moment sur lui-même tout en restant dilatable.

La femme est alors endormie, rasée et aseptisée. M. le professeur Queirel pratique, à 10 heures et demie, la symphyséotomie. L'opération est faite sans difficulté et ne dure que quelques minutes ; elle permet d'extraire au forceps un enfant vivant de 3,350 gr.

Les pubis sont rapprochés par des sutures profondes comprenant les plans fibreux ; la plaie cutanée est réunie par quelques points au crin de Florence.

La délivrance s'est faite spontanément pendant ce temps et l'on n'a qu'à extraire le placenta du vagin.

Un pansement avec bandage compressif est appliqué et la femme est portée dans son lit.

L'enfant, de sexe féminin, est long de 52 centimètres. Ses diamètres céphaliques sont les suivants : O. M. = 13 centim. et demi ; O. F. = 12. centim. ; S. O. B. = 11 centim. ; S. O. F. = 10 centim. et demi ; S. M. B. = 10 centim. et demi ; Bi-P. = 9 centim. et demi : Bi-T. = 8 centim.

Sur le côté droit de la tête, au niveau de la fosse temporale, on relève l'existence d'une dépression marquée, probablement produite par la pression contre le pubis au cours du travail. Cet enfoncement a

disparu petit à petit et l'enfant, nourri au biberon, a continué à prospérer.

Quant à la mère, les suites opératoires furent des plus simples pour elle. La température monta une seule fois à 38°,8, le lendemain de l'opération ; mais, après une purgation, elle tomba définitivement. Les fils superficiels furent retirés le 10e jour ; la réunion était opérée par première intention.

Le quinzième jour, en examinant l'état de la symphyse pubienne par le toucher vaginal, la femme effectuant des mouvements de flexion et d'abduction des cuisses, on constata que l'articulation avait récupéré toute sa solidité.

Le 25 mars, l'opérée sortit guérie et assurée dans sa démarche.

Obs. III. — *Primipare. Rétrécissement de 8 centimètres ; symphyséotomie à terme ; mère et enfant vivants.*

Catherine S..., domestique, âgée de 28 ans, de nationalité italienne, est amenée en travail à la clinique obstétricale le 8 avril 1898, à midi.

C'est une femme de taille moyenne, extrêmement amaigrie, n'offrant dans son ossature rien de notable, si ce n'est toutefois une asymétrie crânienne et faciale accentuée.

D'intelligence plus que médiocre, elle ne fournit que peu de renseignements sur son passé morbide. Réglée vers 11 ans, elle n'a jamais eu de fausses couches. Ses règles ont manqué à la fin de juin 1897. Elle a présenté, dans le courant du mois de janvier, des accidents que l'on peut rapporter à de l'urémie comateuse. Elle a, du reste, 6 gr. d'albumine par litre d'urine.

L'état général est mauvais ; le pouls bat 110 pulsations à la minute, la température axillaire atteint 38°. La malade a des vomissements bilieux, qui durent depuis huit jours, dit-elle.

Les douleurs ont débuté il y a 26 heures. Le fond de l'utérus arrive à 28 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne. La poche des eaux est encore intacte. La dilatation mesure environ 5 centim. de diamètre. Les contractions utérines sont régulières et fréquentes. Le fœtus est vivant et les battements de son cœur ne trahissent aucune souffrance.

Le promontoire est accessible au doigt ; le diamètre promonto-sous-pubien est de 9 centim. et demi, ce qui donne 8 centim. environ de diamètre utile.

On prépare tout pour la symphyséotomie.

A 8 heures et demie du soir, l'état général est plus mauvais encore ;

pouls : 120 pulsations, température : 39° ; les contractions utérines sont soutenues. On constate quelques irrégularités dans le rythme des battements du cœur fœtal. La dilatation est à peu près complète, la poche des eaux, toujours intacte, remplit le vagin.

A 9 heures, M. le Pr Queirel pratique la symphyséotomie, avec l'assistance de son interne, M. Abelly. L'opération se fait presque à blanc tant est minime l'écoulement sanguin. La poche des eaux est rompue artificiellement et l'enfant est extrait au forceps. Il naît étonné, mais est rapidement ranimé.

La délivrance se fait spontanément.

Les sutures fibreuses et cutanées sont appliquées ; on pose ensuite un pansement compressif, et à 9 heures tout est heureusement terminé. On fait alors à la mère une injection sous-cutanée de 200 centim. cubes de sérum artificiel.

L'enfant est une fille pesant 2.400 gr. et longue de 50 centim. Sa tête présente les diamètres suivants : O. M. = 12 centim. et demi ; O. F. = 11 centim. ; S. O. F. = 9 centim. et demi ; S. O. B. = 9 centim. ; S. M. B. = 8 centim. et demi ; Bi-P. = 8 centim. ; Bi-T. = 7 centim. et demi.

Le placenta pèse 500 gr. ; le cordon très frêle est extrêmement long, il mesure 80 centim. L'insertion placentaire descendait jusqu'à 8 centim. environ au-dessus de l'orifice interne ainsi qu'en témoigne la longueur du petit côté des membranes, l'autre côté mesurant 35 centim.

L'enfant est mis au biberon d'abord, on lui donne une nourrice le 10 avril. Il a continué à se bien porter.

Le lendemain de l'opération, l'état de la mère est satisfaisant ; la température est à 37° ; les vomissements ont disparu. Le régime lacté est institué.

Les jours suivants la température s'élève, jusqu'à atteindre 39°,8 le 13 avril ; en même temps, on constate de l'œdème sus-pubien et vulvaire. C'est un peu de suppuration qui s'est produite au niveau d'un fil superficiel, qui est aussitôt retiré. Un petit trajet fistuleux se forme en ce point, par suite de l'écartement des deux lèvres de la plaie cutanée non encore parfaitement réunie. A la suite de quelques pansements humides, tout rentre dans l'ordre. L'albumine a complètement disparu des urines. La femme demande sa sortie le 30 avril. Elle avait commencé à marcher deux jours avant ; son articulation pubienne était bien consolidée.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge, par le Dr A.-B. Marfan (Paris, G. Steinheil, éditeur, 1899).

En 1896, sous le titre « De l'allaitement artificiel », le Dr Marfan publiait un volume de 150 pages environ, comprenant une série de leçons faites par lui en 1895 à la Clinique des maladies de l'enfance.

Dès les premières pages de ce livre, l'auteur protestait contre le reproche qu'on pouvait lui adresser de favoriser l'abandon de l'allaitement maternel en étudiant dans les moindres détails tout ce qui a trait à l'allaitement artificiel. Pour bien montrer qu'il n'admettait l'allaitement artificiel que comme un pis-aller, le Dr Marfan ajoutait en termes précis : « Toute mère doit nourrir son enfant ; voilà la règle primordiale de l'allaitement. Ce qu'il faut au nouveau-né et au nourrisson, c'est le lait de sa propre mère. »

Il faut savoir gré au Dr Marfan d'être resté un partisan aussi résolu de l'allaitement maternel, après s'être occupé d'une manière si efficace de la technique de l'allaitement artificiel auquel il était obligé de recourir pour les nourrissons de la crèche à la Clinique; car ces enfants y sont reçus sans leur mère.

Ce premier ouvrage du Dr Marfan sur l'*Allaitement artificiel* fut vite épuisé ; il n'en pouvait être autrement pour un livre dont l'auteur est fort apprécié, grâce à la clarté et la précision de son enseignement, par les nombreux élèves qui viennent l'écouter lorsqu'il supplée le professeur Grancher. Au lieu de faire une réédition de son premier travail, le Dr Marfan a réalisé le projet, formé par lui depuis longtemps, de réunir en un seul volume tout ce qui concerne les diverses méthodes d'allaitement, ainsi que l'alimentation des nourrissons malades. Telle est la genèse de cet intéressant *Traité de l'allaitement* qui vient de paraître ; l'auteur y a condensé tout ce qu'il importe de connaître au médecin désireux de diriger d'une manière rationnelle l'alimentation du nouveau-né et du nourrisson. A ceux qui s'étonneraient que la question de l'allaitement nécessite d'aussi longs développements, le Dr Marfan répond par avance dans sa préface : « Les règles de l'allaitement, dit-il, sont d'autant plus compliquées que le mode choisi s'écarte plus du mode naturel... C'est tout un art, et un art difficile,

exigeant des connaissances multiples, que d'élever un enfant sans le secours du sein. Une fois de plus, l'homme a pu voir que lorsqu'il cherche à réaliser ce que fait la nature avec des procédés que la nature n'a pas prévus, il n'y arrive qu'incomplètement, par des voies longues et semées d'obstacles. Plus simple et beaucoup moins périlleux que l'allaitement artificiel, l'allaitement par une nourrice étrangère exige toutefois une réglementation assez étroite. L'allaitement naturel est le plus facile et le plus sûr. Et cependant, lui aussi, il a besoin d'une direction ; car à l'heure présente dans les conditions de vie que crée une civilisation avancée, il ne suffit pas qu'une femme veuille et puisse nourrir son enfant pour qu'elle réussisse. »

L'ouvrage du Dr Marfan est divisé en deux parties :

I. — La PREMIÈRE PARTIE comprend d'abord l'étude complète du *lait*, puis celle de la digestion et de la nutrition de l'enfant du premier âge. Les différents chapitres qui suivent sont intitulés : *abrégé de la chimie du lait*, *sécrétion lactée*, *substances qui s'éliminent par la mamelle*, *microbes du lait*, *falsifications et analyse pratique du lait*, *digestion du lait chez le nourrisson*, *échanges nutritifs chez le nourrisson*.

II. — La DEUXIÈME PARTIE est subdivisée en *cinq sections*. *1re section :* C'est l'exposé détaillé de tout ce qui concerne l'*allaitement maternel ;* après avoir étudié les causes rares qui peuvent faire déconseiller ce mode d'allaitement, l'auteur passe en revue les soins à donner aux femmes qui veulent allaiter, la direction de cet allaitement pendant les premières semaines et pendant les premières années, sans oublier les complications et les difficultés qui peuvent entraver et faire suspendre l'allaitement d'une manière temporaire ou définitive.

2e section : Elle contient tout ce qui a trait à *l'allaitement par une nourrice mercenaire*. Après avoir exposé au point de vue social tous les inconvénients de ce mode d'allaitement et les différents efforts des philanthropes, en particulier de Th. Roussel, pour y remédier, le Dr Marfan résume les principales notions utiles au médecin qui surveille l'élevage d'un enfant par une autre femme que la mère ; *choix d'une nourrice*, *direction de l'allaitement mercenaire*, *syphilis et allaitement*. Dans ce dernier chapitre se trouvent réunies les données actuelles sur la transmission de la syphilis au nourrisson, sur l'immunité de la mère saine (en apparence) vis-à-vis de son enfant né syphilitique (loi de Baumes et de Colles), etc. Il est un point des rapports de la syphilis et de l'allaitement assez difficile à résoudre. Faut-il mettre au sein de la mère un enfant sain en apparence, mais dont la mère présente au moment de l'accouchement un chancre du col avec plaques mu-

queuses vulvaires? Le Dr Marfan a posé cette question, sans la résoudre, en rappelant la loi de Profeta d'après laquelle *une mère syphilitique n'infecte jamais son enfant sain en apparence, à moins qu'elle n'ait contracté la maladie pendant les deux derniers mois de la grossesse;* le Dr Marfan ajoute que « le fait est exceptionnel s'il ne s'agit pas d'une prostituée ». J'ai eu récemment l'occasion d'observer à la Maternité de la Pitié une femme qui avait été contaminée par son mari dans les derniers temps de la grossesse; bien que l'enfant fût indemme, je le fis mettre au sein de la mère, estimant que les dangers problématiques d'une infection syphilitique transmise par la mère n'étaient guère à mettre en parallèle avec les dangers certains d'un allaitement artificiel dans une famille nomade et dépourvue de toute espèce de confortable. Il est probable que, dans un autre milieu, j'aurais conseillé l'allaitement artificiel.

La *section 3 :* C'est l'étude de l'*allaitement artificiel ;* après avoir signalé certains procédés exceptionnels d'allaitement artificiel tels que l'allaitement au pis d'un animal (chèvre, ânesse, etc.), le Dr Marfan expose dans quelles conditions doit être recueilli le lait de vache, par quels procédés divers on peut le stériliser et modifier sa composition dans le but de la rapprocher de celle du lait de femme. Suit un exposé détaillé de la technique de l'allaitement artificiel et de l'allaitement mixte.

Dans la *section 4* sont formulées les règles qui doivent guider pour le *sevrage* (acte par lequel on sépare l'enfant du sein de sa nourrice, en substituant au lait de femme, soit du lait de vache, soit d'autres aliments) et pour l'*ablactation,* c'est-à-dire pour la période où le lait, soit de femme, soit de vache, ne forme plus la partie prépondérante de l'alimentation.

La *section* 5 a trait à certaines difficultés de l'allaitement et de l'alimentation qui dépendent de l'enfant (malformations buccales, etc.). La plus grande partie de cette section est consacrée à l'alimentation des nourrissons malades et à l'étude de la débilité congénitale et de son traitement. Sur ce sujet il est une assertion du Dr Marfan qui m'a causé quelque surprise; parlant de l'incubation artificielle et de l'utilité des couveuses, il dit : « Les accoucheurs se louent beaucoup des couveuses... il ne m'est pas possible de partager cet enthousiasme... » Le Dr Marfan a eu tort de prêter *aux* accoucheurs ce qui ne doit plus être que l'opinion de quelques-uns. Voici plus de dix ans que le professeur Pinard ne cesse d'insister sur ce fait que les couveuses peuvent être dangereuses et qu'il n'y faut mettre les nouveau-nés qu'en

cas d'*absolue nécessité.* Pour ma part je n'y ai presque jamais eu recours dans la clientèle de la ville, et à l'hôpital je n'y fais guère mettre que les enfants dits « gélatineux » et ceux qui présentent de l'hypothermie ou certains accidents dus au traumatisme de l'accouchement. Je répète volontiers — en exagérant à dessein — que la couveuse a sans doute tué plus d'enfants qu'elle n'en a réellement sauvés. C'est une question qui aurait besoin d'être précisée que celle des *indications* réelles de la couveuse pour les nouveau-nés.

Dans un *appendice* de son livre, le Dr Marfan a eu l'heureuse idée de reproduire les « Instructions pour l'allaitement » qu'il distribue aux mères qui viennent à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades, et le texte de la loi Roussel dont l'existence même est inconnue de beaucoup d'étudiants et dont la teneur est oubliée de la plupart des médecins.

En terminant la préface de son livre, le Dr Marfan dit que s'il a donné un grand développement à la partie théorique, « c'est que cet ouvrage est écrit pour les médecins. L'expérience m'a appris que les manuels d'allaitement qui s'adressent aux mères ou aux personnes étrangères aux sciences biologiques sont à peu près inutiles. Le médecin peut seul vulgariser, par ses conseils dans chaque cas particulier, les saines notions sur l'allaitement. Pour le faire avec fruit, il ne doit plus se laisser guider par les règles vagues d'un empirisme grossier ; il lui importe de connaître les résultats obtenus par la chimie, la physiologie et la microbie ».

Il est probable, que malgré cette précaution prise par le Dr Marfan d'écrire pour les médecins, un certain nombre de jeunes mères, dans le désir de s'instruire et d'élever leurs nouveau-nés d'une manière rationnelle, se procureront le *Traité de l'allaitement.* Elles y trouveront beaucoup d'utiles conseils ; si, pour la plupart d'entre elles, la partie théorique sera difficile à comprendre, cette lecture, même incomplète, aura l'utile résultat de les convaincre, que le problème de l'allaitement est fort complexe et que le mieux est d'écouter les conseils d'un médecin instruit des choses de son art. G. Lepage.

De l'expression abdomino-vaginale. Larigaudry (M. A.). Th. Paris, 1898, Steinheil.

L'auteur décrit sous ce titre une technique opératoire d'évacuation, de l'utérus, du placenta, primitivement décollé avec les doigts et divisé en plusieurs morceaux au cas de masse trop volumineuse pour les dimen-

tions de l'orifice de l'utérus. La méthode est employée depuis plusieurs années par Budin, qui a été conduit à l'imaginer et à la recommander dans le but d'éviter les accidents graves (perforations de l'utérus, prolapsus et lésions graves de l'intestin, etc.) signalés de plusieurs côtés, qui, dans un certain nombre de cas, se sont produits avec l'emploi de pinces pour l'extraction. Les traits essentiels de la méthode sont dans ceci : après chloroformisation, curage digital, fragmentation, si besoin, de la masse du délivre, puis expression à l'aide de deux doigts d'une main agissant, au niveau du cul-de-sac postérieur, sur la paroi postérieure de l'utérus, tandis que l'autre main agit à travers la paroi abdominale sur la paroi antérieure et le fond de la matrice.

Dix observations sont rapportées qui militent en faveur de la méthode. R. L.

Die manuellé Beckenschatzung, par Dr Löhlein. *Extrait de Gynäkologische Tagesfragen.* V Heft, 1898.

Dans cet article sur la mensuration manuelle du bassin, Löhlein arrive aux conclusions suivantes :

La mensuration pelvienne instrumentale est indispensable pour obtenir une appréciation exacte des dimensions du bassin et tous les cliniciens doivent être parfaitement exercés à la pratiqner.

Néanmoins le clinicien doit aussi savoir faire la mensuration pelvienne rien qu'avec sa main et un centimètre, lorsque la mensuration instrumentale ne peut être pratiquée. En effet, la grandeur absolue des diamètres transversaux du bassin et leurs rapports entre eux, peuvent être déterminés d'une façon suffisamment exacte rien qu'avec la main, avec cette réserve que l'on tiendra compte des écarts correspondant à un raccourcissement manifeste du diamètre transversal intérieur. L'estimation digitale du diamètre le plus important, à savoir les conjugués vrais, peut très bien aussi se faire sans instruments par des observateurs exercés.

En faisant soigneusement l'observation, la palpation et la mensuration des rapports de la région sacrée, on obtient des renseignements exacts d'abord sur la structure du bassin normal de la femme et ensuite sur certaines formes de bassins rétrécis, et surtout de bassins asymétriques. P. Lecène.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1898

TRAVAUX ORIGINAUX

APPENDICITE ET SALPINGITE

Par **A. Routier**,
Chirurgien de l'hôpital Necker.

On a souvent parlé des maladies concomitantes de l'appendice et des annexes, des relations de l'appendicite et de la salpingite. Il n'est pas bien surprenant de voir ces deux organes : appendice et trompe malades en même temps, si on songe à leurs rapports anatomiques.

Prenez un appendice dont la situation correspond à la variété interne et inférieure, cet organe sera en rapport direct avec la trompe, quoi d'étonnant alors de voir l'inflammation de l'un de ces organes réagir sur l'autre.

Il est très fréquent, au cours de laparotomies entreprises pour opérer des salpingites, de trouver l'appendice malade avec ou sans adhérences aux annexes droites ; plus rarement, on le trouve en rapport avec les annexes gauches.

Deux fois notamment et sans que ni sa présence ni sa maladie ne fussent soupçonnées, il m'a été donné de trouver l'appendice en rapport direct avec les annexes gauches, le cæcum ayant conservé ses rapports, l'appendice hypertrophié et étiré était tendu au travers du ventre de droite à gauche, et allait par son extrémité libre adhérer au paquet annexiel gauche qui était

purulent. J'ai enlevé le pyo-salpinx, j'ai enlevé l'appendice et mes malades ont guéri.

Du reste, je me suis fait une règle, au cours des laparotomies que je pratique, d'examiner toujours l'état de l'appendice que je n'hésite pas à réséquer s'il me paraît malade, estimant que je ne fais pas courir un risque de plus à mes opérées et au contraire que je leur rends le signalé service de les débarrasser d'un organe, qui peut, à un moment donné, mettre leurs jours en danger.

C'est donc pour moi banal que de dire salpingite et appendicite et je n'attirerais pas spécialement votre attention sur ce point si je n'avais quelques particularités à vous signaler.

En effet, si j'ai observé beaucoup de cas qui me paraissent simples et sans enseignement à en tirer, je vous rappellerai par contre trois cas qui me semblent beaucoup plus instructifs.

Le premier date de 1896.

Il s'agissait d'une dame de 47 ans qui avait été brusquement prise de douleurs dans le ventre et à droite le 18 février 1896, au moment où venaient ses règles.

Elle dut garder le lit; après 2 jours de violentes douleurs accompagnées de vomissements répétés, de constipation absolue, elle ne put plus uriner et fit appeler son médecin, le Dr Schmitt.

Tous ces phénomènes augmentant, celui-ci fit appeler le professeur Dieulafoy qui diagnostiqua appendicite.

Le 24 février, j'étais moi-même appelé auprès de cette dame, et après un examen minutieux, après quelques hésitations, je diagnostiquai hématocèle rétro-utérine.

Au moment où je la vis en effet, si je constatai le transport de l'utérus en avant avec son col aplati contre le pubis par une tumeur tendue presque fluctuante, il me fut impossible de déterminer la douleur au point « Mac Burnay »; quant à la tension musculaire de la paroi abdominale, elle me parut diffuse, mais non pas localisée au côté droit.

Les phénomènes sans s'amender beaucoup étaient moins effrayants, je fis entrer la malade dans une maison de santé; là elle demanda à voir notre collègue et ami Labadie-Lagrave qui confirma mon diagnostic d'hématocèle.

Le 7 mars, j'opérai cette hématocèle par l'incision vaginale, j'évacuai d'abord près d'un litre de liquide citrin, puis explorant soigneusement

le petit bassin, l'utérus et ses annexes par cette boutonnière vaginale, je constatai l'intégrité des annexes gauches, tandis que mon doigt sentait à droite une masse dure que j'arrivai à perforer et d'où il s'écoula un demi-litre de pus environ.

Je lavai cette poche, établis un bon drainage avec deux tubes de caoutchouc calés avec des mèches de gaze et la malade fut rapportée dans son lit.

Les suites furent très simples, et le 24 mars la malade rentrait chez elle se croyant parfaitement guérie.

Le 28 mars je fus rappelé en toute hâte à 10 heures du soir chez elle, les accidents recommençaient; comme la première fois, je les localisai dans le petit bassin.

Cependant avec la glace sur le ventre, l'opium à l'intérieur, je gagnai du temps.

Peu à peu, une nouvelle collection rétro-utérine s'affirmait, grossissant chaque jour davantage dans le cul-de sac vaginal.

Le 15 mars, je refis une ouverture vaginale rétro-utérine et j'évacuai un gros abcès, mais à l'exploration, cet abcès me parut plus à gauche que celui que j'avais ouvert, et plutôt en rapport avec les annexes gauches qu'avec l'ovaire ou la trompe du côté droit.

Profitant du sommeil anesthésique pour bien palper ma malade, je constatai bien vite qu'il restait à droite une grosse tuméfaction inaccessible par le vagin, semblant cependant tenir à la corne utérine droite.

Séance tenante je pratiquai la laparotomie; sur la tuméfaction, je découvris un gros abcès qui montait jusque dans la région du cæcum, au-dessous de lui ; l'appendice faisait partie intégrante de la paroi, je ne crus pas devoir le détacher, mais je laissai ma plaie abdominale bien drainée après avoir soigneusement lavé la cavité de l'abcès, celui-ci descendait très bas dans le petit bassin, était limité en dedans par les annexes droites et l'utérus, mais n'arrivait plus jusqu'à l'ouverture vaginale qui conduisait bien dans un abcès annexiel gauche.

Après diverses péripéties, l'issue d'un calcul fécal dans les mèches qui bourraient l'abcès ouvert par l'abdomen venait confirmer le premier diagnostic d'appendicite porté par le professeur Dieulafoy. Cette malade a guéri, et se porte aujourd'hui parfaitement, elle n'a plus eu de troubles intestinaux, et vient de subir la ménopause sans accidents.

Le second cas dont je veux vous parler n'est pas moins intéressant.

Le 12 janvier 1894 entrait dans mon service de l'hôpital Necker une jeune femme de 23 ans, présentant des accidents pelviens paraissant en rapport direct avec un accouchement qui avait eu lieu six semaines avant.

Elle vint sur un brancard, le ventre ballonné avec 40° de température, un pouls rapide et filiforme, des vomissements ; il me sembla, qu'elle avait une collection liquide à droite, mais celle-ci paraissait indépendante de l'utérus et de ses annexes.

La malade fut couchée, on appliqua de la glace sur le ventre, on lui donna de l'opium à l'intérieur. Les phénomènes s'amendèrent, mais le 23, une poussée nouvelle me forçait à intervenir, et j'ouvrais par le cul-de-sac postérieur du vagin un gros abcès contenant de la sérosité, du pus et des fausses membranes.

Dans les premiers jours qui suivirent, il passa des matières fécales par le vagin, mais bientôt cette fistule se ferma spontanément, et la malade sortait le 10 mars, guérie, mais conservant une tuméfaction abdominale à droite.

En août, elle venait se faire opérer d'un ongle incarné et nous parut bien guérie du côté de l'abdomen.

En décembre 1897 elle revint pour des crises douloureuses dans son hypochondre droit, qui s'était tuméfié de nouveau.

Après quelques jours d'incertitude, après avoir bien examiné la malade, l'avoir purgée, je me rappelais qu'en 1894 l'abcès que j'avais ouvert par le cul-de-sac vaginal ne m'avait pas paru en rapport direct avec les annexes ; cette fois, la tuméfaction était franchement dans la région cæcale ; malgré le repos elle augmentait.

Je pensai qu'en 1894 j'avais dû faire une erreur de diagnostic et ouvrir par le vagin une collection appendiculaire ; cette fois, le diagnostic ne me parut pas douteux.

Le 7 décembre 1897, j'ouvrais sur le bord externe du muscle droit antérieur un abcès qui contenait encore du liquide séreux, puis du pus.

Sur les parois de l'abcès, il me sembla sentir un cordon, l'appendice que je ne crus pas prudent d'enlever car il faisait corps avec ce magma purulent.

Je lavai et drainai cette cavité, tout se passa bien, et le 12 janvier la malade sortait presque guérie, ne conservant qu'une petite plaie superficielle au niveau de l'incision. Mais elle nous revenait le 31 janvier 1898, un abcès assez gros venait de s'ouvrir au niveau de la cicatrice, et par cet orifice on pénétrait assez loin.

Convaincu que cette suppuration, que cette fistule provenaient de l'appendice malade, je résolus d'aller le chercher.

Le 3 février 1898, je refaisais la laparotomie, et j'isolais à grand'peine une tumeur ronde du volume d'une orange, qui se rattachait à la corne utérine droite, et que j'enlevai.

Les nombreuses adhérences intestinales que je respectai, au cours de cette décortication pénible, ne me laissèrent pas voir l'appendice ; je ne m'acharnai pas à le chercher. La tumeur que j'avais enlevée était comme une éponge purulente, c'étaient évidemment les annexes droites. La plaie fut nettoyée, drainée, et la malade sortait complètement cicatrisée le 19 mars 1898.

Cette tumeur bizarre fut examinée, et grande fut notre surprise quand notre excellent ami Durante nous répondit qu'il s'agissait d'un carcinome de l'ovaire avec une trompe secondairement et banalement infectée.

Cette observation a du reste été publiée comme carcinome de l'ovaire par le Dr Cestan à qui je l'ai communiquée.

Enfin une troisième observation est non moins intéressante, il est vrai que dans cette dernière le double diagnostic d'appendicite et de lésion des annexes droites avait été fait.

Mme X..., âgée de 30 ans, ayant eu deux enfants et une fausse couche, soignée autrefois pour une métrite, était bien portante quand, le 28 mars 1898, elle fut prise de douleur dans le ventre avec maximum dans la fosse iliaque droite; cette crise violente fut de courte durée, le lendemain tout paraissait fini, mais le surlendemain la crise reprenait de plus belle, on crut à de l'appendicite, et je fus mandé auprès d'elle le 21 juin.

L'état général n'était pas mauvais malgré une nuit passée en chemin de fer dans les meilleures conditions, il est vrai. Cependant le pouls était à 120, et la température à 37°. Le ventre était souple, le ballonnement de la veille avait disparu, il restait cependant plus de sensibilité à droite qu'à gauche.

Comme cette crise avait coïncidé avec ses règles, je pratiquai le toucher qui me révéla tous les signes de l'hématocèle rétro-utérine ; l'utérus immobile était poussé derrière le pubis par une grosse masse douloureuse et semi-molle ; par le col utérin sortait du liquide couleur chocolat.

Si les symptômes des jours précédents, bien observés du reste par le Dr Tisné, lui avaient permis de porter le diagnostic de poussée appendiculaire que j'acceptais du reste, ceux du jour présent, joints aux signes physiques, me permirent d'y ajouter le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine.

Les symptômes n'étaient pas alarmants, il n'y avait pas d'occlusion intestinale, nous avions des gaz et des garde-robes ; malgré deux ou trois élévations de température qui ne dépassèrent pas du reste 38°,6, je crus pouvoir temporiser.

Quelques jours après, l'état général se maintenait toujours bon, la douleur persistant à la pression sur la fosse iliaque droite, les signes donnés par le toucher avaient changé, la tumeur rétro-utérine semblait dissociée et formée par deux tuméfactions annexielles dont la droite était plus grosse et plus douloureuse que la gauche.

Encore quelques jours, la tuméfaction gauche avait disparu et il ne persistait que la tuméfaction droite, avec toujours l'immobilité de l'utérus. Vers la fin de juin, la malade eut ses règles, nous en restions toujours à la salpingite droite et à l'appendicite car le point de Mac Burnay était toujours resté sensible.

C'est en face de cet état que je proposai l'opération, cinq semaines s'étaient écoulées depuis le début des accidents. L'intervention fut résolue avec l'assentiment de mon collègue et ami Ballet, qui soignait aussi cette malade.

Le 2 juillet, j'ai pratiqué cette opération, je fis une incision médiane et sous-ombilicale : j'arrivai sur une pelvi-péritonite, caractérisée par des adhérences rougeâtres et comme ecchymotiques derrière l'utérus qui était retenu penché à droite par ses annexes rouges, hémorrhagiques et adhérentes dans le petit bassin en même temps qu'un appendice épiploïque de l'S iliaque et que le cæcum fermaient le tout par en haut.

La décortication de la trompe fut pénible, j'ouvris un abcès qu'elle cachait par les adhérences de son pavillon ; je le liai et le réséquai.

Je nettoyai l'abcès et détachai l'appendice qui en faisait partie et qui était collé à la face postérieure du petit bassin ; je réséquai les fragments épiploïques, et l'appendice iléo-cæcal qui était perforé ; je drainai par le vagin en ouvrant le cul-de sac postérieur.

Les suites furent assez simples et la malade est aujourd'hui bien guérie.

Les pièces anatomiques recueillies au cours de cette opération

m'ont paru très remarquables et dignes d'être présentées à la Société de chirurgie.

Il existait, en effet, dans le tiers externe de la trompe un calcul nettement fécal, d'origine appendiculaire, qui avait dû y pénétrer après être sorti de l'appendice par la perforation que nous avions constatée et après avoir traversé l'abcès que limitait le pavillon de cette trompe.

Ce calcul a dû séjourner quelque temps dans la trompe, car il s'était creusé un véritable lit dans la muqueuse.

Entre tant d'autres cas que j'ai observés, je vous ai cité ceux-ci parceque, jusqu'au bout et même après des interventions chirurgicales, il n'a pas toujours été possible d'établir le diagnostic ; que pendant la marche de l'affection, nous avons pu assister à des poussées tantôt appendiculaires, tantôt annexielles.

Il n'y a pas en effet de symptômes pathognomoniques, tout au plus par l'étude attentive des malades peut-on arriver à des probabilités et dire qu'il y a à la fois annexite et appendicite.

Il est plus difficile encore de savoir quel est celui des deux organes qui a été le premier en cause, d'autant que bien souvent, alors qu'on pencherait pour l'appendicite, il y a dans les antécédents de la malade des raisons pour expliquer une inflammation des trompes.

Cependant si on se rappelle combien sont rares les inflammations unilatérales de la trompe, je crois qu'on peut incriminer l'appendice quand on ne trouve de tumeur salpingienne qu'à droite.

Les cas où l'appendice est en rapport avec les annexes gauches défient, je crois, toute tentative de diagnostic, ce sont des surprises au cours de la parotomies entreprises, au moins en ce qui me concerne, pour des lésions annexielles. Quoi qu'il en soit, toutes les fois qu'on observe des lésions inflammatoires localisées à la trompe droite, il faut penser à la coïncidence possible de l'appendicite et, je le répète, quand on pratique ces laparotomies, ne pas craindre de vérifier l'état de l'appendice et l'enlever au besoin.



TUMEUR FIBRO-KYSTIQUE DU COL UTÉRIN D'ORIGINE CONGÉNITALE

Par MM. **Baraban**, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Nancy, et **Vautrin**, professeur agrégé.

Depuis plusieurs années, l'attention est appelée sur les formations kystiques et sur les inclusions glandulaires que l'on observe parfois au centre des fibromes utérins. L'analyse microscopique de pièces déjà nombreuses a montré qu'il fallait attribuer à ces anomalies une origine embryonnaire; aussi a-t-on fait jouer un rôle très important aux restes aberrants du corps de Wolff et du canal de Gærtner. On a retrouvé des débris plus ou moins modifiés de ces organes embryonnaires en différents points de l'utérus, du vagin et de leur périphérie, et nombre de tumeurs de ces régions ont été reconnues comme des productions pathologiques dérivées de ces vestiges échappés à l'atrophie. On n'a pas parlé jusqu'alors de tumeurs issues de l'inclusion d'une portion de la paroi des canaux de Muller, au niveau de leurs surfaces de coalescence ; nous ne connaissons pas de fait clinique rentrant dans cette catégorie, et c'est à ce titre qu'il nous a paru intéressant de publier le cas suivant :

Mme M..., âgée de 53 ans, originaire de Meurthe-et-Moselle, est adressée à l'un de nous en mai 1898 pour une tumeur du col utérin donnant lieu à des hémorrhagies fréquentes. Le passé pathologique de cette femme est nul. Mariée depuis l'âge de 20 ans, elle n'a jamais eu d'enfants, et la menstruation a toujours été bien régulière depuis l'âge de 14 ans. La ménopause s'est accomplie,il y a 3 ans, sans difficulté ; mais depuis 18 mois environ, il existe un écoulement sanieux et fétide, qui dans les derniers temps est devenu sanguinolent. De véritables hémorrhagies se sont montrées depuis un mois.

A l'examen au spéculum, on constate dans le vagin une tumeur piriforme, de 10 centimètres de longueur environ, à pointe descendant jusqu'à la vulve. Cette tumeur est molle, d'aspect fongueux et

saignant. A son extrémité on trouve une plaque noirâtre et comme sphacélée, déchirée à son centre et laissant filtrer une sanie puriforme.

Au toucher, on se rend compte que la tumeur a une consistance plutôt ramollie et une forme assez régulière. Elle s'insère sur la lèvre postérieure du col, ainsi que le démontre l'introduction facile de la pulpe de l'index dans l'orifice externe du col. Les culs-de-sac vaginaux sont normaux. L'utérus ne porte aucune autre tumeur et paraît sain.

Le 18 mai, la malade est chloroformée et après avoir fait une désinfection préalable très soigneuse du vagin, la tumeur est extirpée en bloc. Deux valves larges écartant les parois vaginales en avant et en arrière, la lèvre postérieure du col est incisée au bistouri sur l'insertion de la tumeur, de manière à intéresser seulement la muqueuse. Avec le doigt on cherche à énucléer le fibrome, mais le plan de clivage est impossible à trouver et il faut terminer l'exérèse aux ciseaux, tant la production pathologique se confond avec le tissu sain sur lequel elle est implantée.

La tumeur enlevée, des sutures sont placées sur les deux lèvres de la plaie du col, et un léger tamponnement est laissé à demeure.

La guérison s'est effectuée sans aucun accident et d'une manière complète. Voici *l'analyse anatomo-pathologique de la tumeur*.

Du volume d'un œuf d'oie, la tumeur offre les apparences extérieures d'un fibrome ou fibro-myôme ramolli au centre et pourvu d'une cavité due au ramollissement, elle s'aplatit plus ou moins sur la table et présente à l'une de ses extrémités, vraisemblablement l'inférieure, une solution de continuité très irrégulière par où la pression exercée sur la masse fait sourdre une petite quantité de liquide puriforme. L'agrandissement de cette ouverture conduit dans une cavité irrégulière, à parois bosselées, anfractueuses et d'épaisseur fort variable selon les points. Les couches les plus internes sont très friables par places, ailleurs plus denses et presque lisses.

La grande friabilité de ces points coïncidant avec une sorte d'aspect encéphaloïde, ayant conduit à pratiquer un examen extemporané, par raclage, des éléments constituants, l'on vit dans les produits du raclage, des cellules volumineuses avec un ou plusieurs noyaux, anguleuses, arrondies ou très allongées et tout d'abord l'on songea à une formation sarcomateuse ; mais en multipliant les préparations l'on finit par découvrir des cellules cylindriques ciliées ou à plateau, ce qui

fit réserver le diagnostic et entrevoir quelque chose de plus intéressant.

En effet, des coupes pratiquées en différents points de la paroi et autant que possible perpendiculaires à icelle montrent qu'il ne s'agit pas d'un fibro-myôme à centre ramolli mais au contraire d'un véritable kyste à paroi tapissée par un épithélium et plus ou moins modifiée par l'inflammation.

La face interne de la cavité, principalement dans les points d'aspect sarcomateux, est formée de gros bourgeons irréguliers pressés les uns contre les autres et séparés les uns des autres par des prolongements de l'épithélium de surface. Ceux-ci vont parfois très profondément, s'anastomosent entre eux, et tantôt se terminent en doigts de gant, tantôt aboutissent à des cavités plus ou moins arrondies dans lesquelles il y a du pus, du muco-pus ou simplement des détritus épithéliaux. En outre la paroi contient des formations épithéliales qui semblent n'avoir pas de communication avec la cavité principale.

L'intérêt de la pièce gît donc tout entier dans l'étude de ces différents épithéliums.

D'une manière générale, il s'agit d'épithélium cylindrique à une seule couche, mais il y a cependant de l'épithélium pavimenteux stratifié sur une portion assez restreinte de la cavité principale. En outre, les cellules de l'épithélium cylindrique sont les unes caliciformes, les autres ciliées, d'autres enfin avec plateau dépourvu de cils. Quelquefois, parmi les formations épithéliales sans communication apparente avec la cavité, toute la bordure épithéliale est ciliée ; le plus souvent il y a mélange des différents types, et ce que l'on rencontre habituellement, ce sont des îlots de cellules ciliées au milieu de cellules cylindriques simples. Certaines cavités ou diverticules sont exclusivement tapissés par des éléments caliciformes remplis de mucus.

Quant au tissu qui supporte ces différents épithéliums, il est d'aspect variable. Sous l'épithélium de la cavité principale on observe des apparences folliculaires qui ressemblent singulièrement à des tubercules, en ce sens qu'on y remarque une cellule géante centrale avec son cortège habituel de cellules épithélioïdes à noyaux colorés ; plus profondément, l'épithélium des diverticules repose tantôt sur du tissu fibreux riche en leucocytes ou en fibroblastes, tantôt sur du tissu conjonctif fibrillaire à peine enflammé. Quelques traînées de fibres lisses s'observent vers la face extérieure de la tumeur, mais n'y constituent pas une formation régulière et continue.

Telle est, d'une façon sommaire, la physionomie générale de cette pièce, comment faut-il l'interpréter?

Et tout d'abord, que signifient ces follicules d'apparence tuberculeuse? S'agit-il d'une tuberculose véritable ou simplement d'une forme particulière d'inflammation non bacillaire due aux conditions dans lesquelles s'est faite l'ouverture et la suppuration de la cavité kystique? Je ne le rechercherai pas ici, car si l'inflammation, une fois produite, a pris les caractères de l'inflammation tuberculeuse, il n'y a là rien qui vaille la peine d'insister. Ce qui importe surtout, c'est de savoir à quoi l'on peut attribuer la production, dans le col utérin, d'une tumeur kystique à épithéliums aussi variés.

A priori, il faut je crois écarter l'hypothèse d'une glande muqueuse oblitérée, d'un œuf de Naboth démesurément grossi et passé à l'état de tumeur aussi volumineuse.

S'agirait-il d'un myôme qui aurait pris naissance à proximité de la cavité utérine, et aurait englobé des glandes du corps et des glandes du col de façon à les kystifier? Mais alors ne s'expliquent ni l'absence de fibres lisses dans la tumeur, ni la présence des épithéliums ciliés, ni celle de l'épithélium pavimenteux stratifié.

Ne doit-on pas songer plutôt à l'évolution tardive d'épithéliums anormalement déposés dans la masse utérine, lors de la période du développement et séparés de leur surface d'origine. Dans cet ordre d'idées, l'on peut faire deux hypothèses.

Ou bien il s'agit d'un vestige du canal de Wolff, d'un tronçon de canal de Gærtner par conséquent, qui, n'ayant pas disparu complètement, aurait été englobé peu à peu par le développement de l'utérus et se serait de cette façon trouvé en pleine substance cervicale, bien placé pour, en devenant kystique, se diriger vers le vagin et y faire saillie.

Ou bien il s'agit d'une portion de paroi d'un conduit de Müller qui n'aurait pas fusionné convenablement avec son congénère; cette portion se serait incluse, aurait été pincée dans la paroi utérine comme le fait l'épiderme le long des fentes bran-

chiales pour produire des kystes dermoïdes où l'on retrouve plus tard tous les éléments de la peau.

Entre ces deux hypothèses il est peut-être téméraire de faire un choix ; la dernière me paraît toutefois la plus probable, en raison de la diversité des épithéliums que j'ai mentionnés. Nous trouvons, en effet, dans ces épithéliums, tous ceux que l'on trouve dans l'utérus et dans le vagin et qui, normalement, se constituent aux dépens de celui des conduits de Müller pour tapisser le canal génital dans toute sa hauteur. Si, à l'état normal, le revêtement des conduits de Müller peut aboutir aux types épithéliaux de la cavité utérine, de ses glandes et du vagin, peut-être sera-t-il logique d'admettre qu'une formation kystique comme celle-ci dérive des éléments de ce conduit précisément parce qu'elle présente les mêmes types épithéliaux ? Le canal de Wolff, au contraire, ne paraissant susceptible que d'épithéliums cylindriques, le plus souvent ciliés, quel que soit le sexe dans lequel on l'envisage, il y a lieu, ce semble, d'éliminer ici son intervention.

Les anomalies de développement des canaux de Müller sont encore peu connues. A part les difformités résultant d'un défaut ou d'une imperfection dans la coalescence de ces organes, qui aboutissent à des cloisonnements plus ou moins complets et variables de l'utérus et du vagin, on est encore dans une ignorance à peu près complète d'autres processus tératologiques qui doivent exister là comme dans d'autres régions de l'organisme. Lorsque ces obscurités auront disparu, on verra se dégager certaines inconnues dans la pathologie encore confuse des néoplasies utérines. Henrotin et Herzog, dans la *Revue de chirurgie et de gynécologie abdominale* montraient récemment que les trompes étaient assez fréquemment le siège de malformations dues au développement des canaux de Müller. Ils n'envisageaient que les malformations par excès, si je puis m'exprimer ainsi, c'est-à-dire l'existence de pavillons supplémentaires, dans lesquels peuvent se développer des grossesses extra-utérines. Ces pavillons accessoires seraient assez com-

muns, puisque Richard, en 1851, les rencontrait cinq fois sur 30 cas. C'est aussi l'opinion de Rokitansky.

Bien que le développement des canaux de Müller, chez les mammifères, soit encore actuellement un sujet de discussion, on peut admettre sans descendre au fond des processus initiaux des transformations embryonnaires, que des anomalies semblables à celles que l'on a constatées sur les trompes peuvent exister sur toute l'étendue des canaux de Müller. Que l'on pense avec Kossman que les trompes accessoires ou les diverticules supplémentaires des canaux de Müller proviennent originairement d'invaginations infundibuliformes multiples de l'endothélium séreux ; ou bien que l'on admette avec Amann que ces diverticules sont dès le début une division ou une branche du canal principal, il n'en est pas moins vrai que ces anomalies exposent durant la vie à des productions pathologiques diverses.

Pour expliquer le développement de la tumeur précédente, il n'est d'ailleurs pas besoin de croire à l'existence d'un diverticule müllérien, qui aurait perdu toute connexion avec le canal principal, ni de supposer l'invagination d'une portion de l'endothélium séreux au moment du premier développement. Ces hypothèses n'ont rien d'invraisemblable. Mais il nous paraît plus rationnel de penser qu'il se produit parfois au niveau des plans de coalescence des deux canaux de Müller des inclusions partielles des parois de ces canaux qui demeurent dans le tissu utérin à l'état de vestiges silencieux, jusqu'à ce que les phénomènes congestifs ou irritatifs de la menstruation, de la grossesse ou de l'inflammation les réveillent et les incitent à un accroissement tardif. Les éléments cellulaires retrouvent alors leur orientation et leurs formes primitives; ils renaissent à la vie et amènent autour d'eux un travail de prolifération active de la part des tissus ambiants. Ainsi se trouvent constituées, à des périodes souvent très avancées de l'âge du sujet, des tumeurs dont la constitution hybride soulève des discussions et des hypothèses.

Ainsi que l'examen microscopique dans le cas présent l'a

parfaitement démontré à l'un de nous, il faut admettre qu'il peut se former dans l'utérus, des tumeurs d'origine embryonnaire, dues à l'inclusion de vestiges des canaux de Müller dans le tissu utérin. Ces tumeurs peuvent être le noyau originel, la cause du développement de néoplasmes de la plus grande importance au point de vue clinique. C'est ainsi que le fibrome peut avoir comme origine la prolifération en plein muscle utérin aussi bien de débris embryonnaires müllériens, que de débris wolfiens. Qui pourrait dire que les anomalies de développement du canal de Müller ne sont pas aussi fréquentes que la persistance de débris du corps de Wolff?

Si le rôle pathogénique des vestiges d'inclusion müllérienne est évident pour les fibromes, combien il doit être plus certain encore pour les néoplasmes malins de l'utérus, surtout dans la région cervicale. Mais pour dégager complètement tous ces faits, de nombreux examens de pièces pathologiques sont nécessaires. Le but de ce court travail est d'apporter une modeste contribution à l'étude de cette partie intéressante de la pathologie utérine.

TECHNIQUE DES RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES SUR LE CANAL GÉNITAL DE LA FEMME

Par **J. Hallé**
Ancien interne des hôpitaux.

Dans les recherches qui ont été entreprises sur la bactériologie du conduit génital, nous croyons que la différence des résultats obtenus tient surtout à la variété des techniques employées. Aussi pensons-nous indispensable de dire longuement comment nous avons procédé. Dans les chapitres suivants nous reviendrons sur les moyens dont nous nous sommes servi pour recueillir les sécrétions normales ou pathologiques examinées ; mais dans ce chapitre nous traiterons d'une façon générale des exa-

mens microscopiques des sécrétions étudiées, des cultures, et des inoculations pratiquées.

Toutes nos recherches ont été commencées le plus tôt possible après avoir recueilli la semence; le fait de laisser pendant 12 ou 24 heures un produit à examiner dans une pipette faussant parfois beaucoup les résultats et rendant impossible la culture des espèces peu vivaces.

Examen microscopique. — Pour l'examen microscopique, les produits étaient étalés en couche mince sur lamelles, desséchés et fixés par les moyens usuels : chaleur, alcool ou sublimé en solution saturée. Les colorations ont été faites par le violet de gentiane en solution hydro-alcoolique, par le bleu de Lœffler et par la méthode de Gram.

Nous croyons qu'il est souvent utile de laisser les lamelles se colorer longtemps dans certains liquides. Certains organismes se colorent, en effet, très difficilement, et nous n'avons pu colorer convenablement certaines espèces. L'expérience nous a montré que souvent dans ces cas, il s'était agi d'organismes anaérobies, et dans les examens ultérieurs, en poussant la coloration, nous avons pu apercevoir des organismes qu'une préparation rapide ne nous avait pas montrés et que cependant les cultures anaérobies avaient permis d'isoler.

Cultures. — Tous les auteurs qui se sont occupés de la bactériologie des organes génitaux de la femme et en général tous ceux qui se sont occupés de la bactériologie des muqueuses ont été frappés de la richesse extrême des espèces bactériennes que l'examen direct permet de constater, et de la diffiulté de retrouver en culture pure toutes les formes vues au microscope sur lamelles. Le plus souvent les auteurs se sont contentés d'ensemencer sur un seul milieu de culture, l'agar par exemple, qui permet à beaucoup d'espèces de se développer et les conclusions qu'ils ont tirées ne sont vraies que vis-à-vis de ce milieu. Cette manière de faire est insuffisante. Aussi avons-nous cherché dans chaque cas par la culture systématique sur des milieux très variés, à isoler toutes les espèces microbiennes même les plus fragiles, pour pouvoir les identifier.

Dans les premiers temps, nous ensemencions sur plusieurs milieux en culture aérobie, faisant chaque fois pour chaque milieu un assez grand nombre de tubes. Plus tard nous avons vu que cette technique était absolument insuffisante ; qu'il fallait pour chaque cas entreprendre une recherche aussi complète que possible des espèces anaérobies qui pouvaient se trouver dans les sécrétions examinées.

Les résultats de ces recherches ainsi pratiquées sont encore très incomplets. Quand on s'est occupé de la recherche des organismes anaérobies, on se rend compte, en effet, que souvent bien des espèces peuvent échapper, soit qu'elles meurent très rapidement, soit qu'il soit impossible de les obtenir à l'état de pureté. Aussi croyons-nous n'avoir que dans un nombre de cas restreint pu cultiver et isoler toutes les espèces contenues dans les produits examinés.

Un des grands défauts de notre méthode d'étude, aussi complète que possible, de chaque cas particulier, est la lenteur même du travail. Le grand nombre de tubes employés, la variété des milieux de cultures, la vérification des colonies, la séparation des espèces anaérobies n'autorisent que l'étude de quelques faits ; mais nous croyons que quelques cas examinés aussi complètement que possible valent plus que les longs tableaux d'examens bactériologiques donnés dans les littératures étrangères, tableaux qui portent souvent sur des centaines de cas étudiés fatalement d'une façon incomplète.

Cultures des microbes aérobies. — Nous avons toujours ensemencé sur un grand nombre de milieux différents, pour nous mettre dans des conditions capables de révéler les espèces aérobies les plus variées.

Ces milieux ont été : la gélose (1) au bouillon ordinaire peptonisé, le sérum de bœuf solidifié, la gélatine, de la gélose sur la surface de laquelle on avait répandu quelques gouttes de sang humain, la gélose-sérum de Wertheim au sérum de sang de

(1) Notre gélose est à 1 1/2 0/0, de sorte que la surface en est très humide et qu'il reste toujours un peu d'eau au fond du tube.

lapin, au sérum de sang de bœuf, et enfin la gélose mélangée avec un tiers du liquide d'ascite de provenance humaine (1).

L'expérience nous a montré que, pour l'isolement, la gélatine ne donnait aucun bon résultat, et que le meilleur moyen était d'employer concurremment la gélose ordinaire alcaline, le milieu de Wertheim, le sérum de bœuf solidifié, et l'agar avec le sang humain.

Les ensemencements étaient faits, soit en plaques dans des boîtes de Petri, soit en stries, soit enfin par le procédé que Veillon (2) préconise dans sa thèse, pour isoler les microbes des angines.

Les boîtes de Petri sont incommodes ; la dessiccation s'y fait très rapidement, les colonies dans l'épaisseur de la gélose ne se différencient pas assez facilement. Ce qui nous a le mieux réussi est, comme nous le disions, l'ensemencement, en surface, sur les milieux contenus dans des tubes assez larges, après dissociation préalable dans le liquide exsudé au fond du tube. On étale ainsi avec soin le pus sur le milieu nutritif, et on a de véritables plaques en surface. Les colonies sont en milieu humide, à l'abri des impuretés, et peuvent être facilement différenciées par leur aspect macroscopique et microscopique.

Il faut avoir soin, pour chaque milieu employé, de faire plusieurs tubes avec des quantités inégales de pus et de faire des dilutions de plus en plus étendues.

Toutes les cultures ont été portées à la température de l'étuve.

Après vingt-quatre heures, quarante-huit heures, etc..., nous prenions le signalement des colonies développées et par des réensemencements successifs, nous obtenions des cultures pures de tous les organismes qu'il était alors facile d'identifier. La pluralité des milieux employés nous mettait dans les meilleures conditions pour obtenir tous les microbes existants dans chaque cas.

Cultures des microbes anaérobies. — Dans un grand nombre

(1) L'expérience nous a montré que le liquide ascitique des néphrites aiguës était le meilleur liquide organique à employer.

(2) A. Veillon. *Recherches sur l'étiologie et la pathogénie des angines aiguës non diphtériques*. Thèse Paris, 1894.

de cas nous avons fait des ensemencements pour la recherche des anaérobies. Au début nous ne faisions pas systématiquement cette recherche, mais nous avons pu nous assurer par les résultats obtenus qu'il était indispensable pour les cas même les plus simples de se préoccuper de ces microbes, si on voulait se faire une idée complète du contenu bactérien d'un pus ou d'une sécrétion.

La technique que nous avons employée est un des procédés indiqués par Liborius (1), un peu modifiée et surtout appliquée à un but différent. Elle nous paraît la meilleure et nous croyons indispensable de la donner en détail.

Nous nous sommes servi pour ensemencer de gros tubes à essai que l'on remplissait jusqu'aux deux tiers au moins d'agar sucré. Notre agar était ainsi composé :

Viande de bœuf........................	500 gram.
Eau....................................	1 litre.
Agar...................................	12 gram.
Sel marin..	5 —
Peptone................................	10 —
Glycose................................	15 —

Nous nous arrangions pour que l'agar eût toujours une réaction alcaline.

On arrive en procédant le plus rapidement possible à obtenir un milieu extrêmement transparent, indispensable pour bien distinguer les colonies de la profondeur du tube.

Il ne faut pas laisser le sucre se caraméliser, sans cela le milieu devient brunâtre et opaque ; aussi est-il bon de n'ajouter la glycose fondue qu'au moment où on colle l'agar avec l'albumine de l'œuf. Il ne faut pas porter le mélange au delà de 120°.

Il est préférable de préparer à la fois 2 kilogr. d'agar, la recherche des anaérobies par cette méthode usant une grande quantité de milieu nutritif.

Ensemencement et isolement. — Les auteurs qui ont em-

(1) Liborius. Beiträge sur Kenntniss der Sauerstoffbedurfnisses der Bakterien. *Zeitsch. f. Hyg.*, Bd I, 1886.

ployé les tubes d'agar sucré ont souvent procédé par piqûre. Cette méthode qui permet la culture des microbes, rend à peu près impossible la séparation des espèces ; aussi nous servons-nous de la méthode suivante qui permet de séparer des colonies poussées dans la profondeur d'un milieu transparent.

On fait fondre les tubes au bain-marie, on attend l'ébullition de l'eau, puis on laisse refroidir les tubes, et au moment où ils vont se solidifier (38°-40°), on introduit la semence avec une pipette et on agite le mélange. Sans recharger la pipette, on la plonge successivement dans une série de tubes semblables pour obtenir des dilutions de plus en plus étendues. Après l'ensemencement, on met immédiatement les tubes dans l'eau froide pour solidifier rapidement le milieu.

Chaque organisme se trouve ainsi, à l'état isolé, disséminé dans l'épaisseur même de la gélose. La colonie à laquelle il donnera naissance sera donc pure et séparée. Selon le degré de dilution les colonies seront plus ou moins éloignées, et, si on a eu soin de faire des ensemencements en nombre suffisant, on obtiendra des tubes contenant une dizaine de colonies au plus. Il sera facile de saisir avec une pipette à longue effilure une colonie isolée sans toucher les autres (1).

Les tubes sont placés dans l'étuve à 37°.

Les résultats sont très variables suivant le nombre et la nature des germes introduits.

Dans certains cas, aucun germe ne se développe, ce qui peut tenir ou bien à ce que le produit ensemencé était stérile ou contenait des microbes ne poussant pas sur ce milieu (gonocoque, bacille de la tuberculose, de la grippe, etc.).

Mais d'une façon générale, tous les microbes, qu'ils soient aérobies, anaérobies facultatifs ou anaérobies stricts, poussent sur ces tubes. Les facultatifs se développent jusqu'au fond du

---

(1) La technique que nous venons d'exposer rapidement à été donnée en détail par MM. Veillon et Zuber dans un mémoire récent (*Archives de médecine expérimentale*, juillet 1898). On trouvera dans ce travail un exposé critique des différentes méthodes de culture des microbes anaérobies et les raisons qui nous ont fait choisir le procédé que nous avons employé.

tube; les aérobies obligés, seulement vers la surface jusqu'à une distance variable suivant l'agar, le microbe ensemencé, etc.

Quant aux anaérobies stricts, leurs colonies cessent de se développer à un ou deux centimètres environ de la surface de l'agar, à une distance également variable suivant l'espèce et le milieu. Chose remarquable, et que nous n'avons pu encore expliquer, il arrive souvent que les colonies les plus près de la surface et qui constituent généralement un plan parallèle à celle-ci, acquièrent un développement plus considérable que les colonies situées au-dessous.

Les produits ensemencés contenant le plus souvent des espèces aérobies, on comprend que celles-ci, lorsqu'elles sont facultativement anaérobies, gênent beaucoup pour isoler les anaérobies stricts; aussi quand les ensemencements ont été trop abondants, il est impossible de se rendre compte s'il existe ou non des espèces strictement anaérobies poussées au milieu des autres espèces.

Cependant l'examen attentif de toute la série des tubes ensemencés permet souvent de supposer que certaines colonies de la profondeur sont des colonies de microbes anaérobies stricts. En effet, les microbes aérobies forment des colonies ayant le même aspect sur toute la hauteur du tube. Les anaérobies s'arrêtent à une certaine distance de la surface. Ce qui permet de se rendre compte de la proportion relative de chacune des espèces.

Les microbes aérobies se développent généralement plus vite que les microbes anaérobies dont beaucoup ne donnent de colonies visibles qu'après trois ou cinq jours.

Examen des colonies. — Dans les tubes où les colonies sont bien séparées, on peut facilement les examiner sous le microscope à un grossissement faible (obj. 0 ou obj. 1) à travers le tube de verre couché sous l'objectif. Les colonies d'anaérobies ont quelquefois des aspects assez spéciaux; mais le plus souvent rien ne les distingue des autres.

Pour faire des examens microscopiques, il faut puiser purement dans une colonie. Pour cela, on se sert de pipettes

effilées (1) avec lesquelles on va toucher une colonie bien isolée et en ayant soin de ne pas toucher aux colonies voisines pour obtenir une préparation pure et d'autre part ne pas infecter le reste de la culture. Les jours suivants en effet il sera nécessaire de faire des prises successives pour examiner ou ensemencer les colonies qui apparaissent tardivement. Cette pêche est parfois assez délicate; elle doit, quand les colonies sont très petites, être faite sous la loupe; elle nécessite parfois l'emploi d'un aide qui aspire dans la pipette, pendant qu'on maintient son extrémité effilée sur la colonie à saisir.

Il est d'autres difficultés qui ne sont pas spéciales à cette méthode, mais existent dans toutes les recherches de culture des anaérobies. La production de gaz est un fait des plus fâcheux pour l'isolement des espèces. Dans ce cas, en effet, la gélose est fragmentée et dans les interstices comme à la surface s'amasse une certaine quantité de liquide exsudé du milieu sous l'effet de la pression. Il devient alors impossible d'aller cueillir une colonie sans qu'un peu de ce liquide qu'on est obligé de traverser, monte un peu dans l'effilure et vienne ainsi souiller la prise qu'on voulait faire. Mais si on a eu soin de faire des dilutions suffisantes de façon à obtenir des tubes ne contenant que très peu de colonies, la production gazeuse est incapable de fondre la gélose et on peut saisir purement les colonies.

Coloration des espèces anaérobies. — Les espèces anaérobies sont souvent assez difficiles à colorer sur lamelles. En effet, en même temps que la colonie, on étale une certaine quantité de gélose qui se laisse mal pénétrer par la couleur ou bien se colore trop fortement et empêche de voir les microbes qu'elle contient. Mais en dehors de cette gêne causée par l'agar, les microbes anaérobies se colorent d'eux-mêmes parfois très mal; quelques-uns même presque pas. Les couleurs qui nous

(1) Ce procédé a l'avantage de ne pas sacrifier le tube, et est supérieur à celui qui consiste à découper en tranches minces l'agar préalablement sorti du tube par chauffage de ses parois.

ont le mieux réussi, sont encore le violet de gentiane, le Ziehl dilué, le bleu de Lœffler.

La manière dont les microbes anaérobies qué nous avons rencontrés se sont comportés vis-à-vis de la méthode de Gram est à signaler. Cette méthode si précieuse pour la séparation grossière des espèces aérobies, perd ici un peu de son importance. Si beaucoup d'espèces réagissent d'une façon très nette, quelques-unes sont en sorte indifférentes.

Culture sur agar ascite sucré en tubes profonds. — Nous avons plusieurs fois ensemencé nos colonies anaérobies sur un milieu qui paraît souvent très favorable aux espèces délicates. Nous ajoutions à notre gélose sucrée fondue un quart de liquide d'ascite. Nous avons par ce moyen pu rajeunir des espèces que nous croyions mortes.

Cultures sur gélatine sucrée en tubes profonds.—Ce milieu est très inférieur à l'agar; il ne permet que le développement des espèces qui se développent à la température de la chambre.

Culture des anaérobies sur milieu liquide. — Les milieux liquides servent surtout pour les inoculations aux animaux. La manière de pousser des espèces anaérobies en milieu liquide, ne nous paraît pas un caractère différentiel important. Tous nos microbes se sont développés à peu près de la même façon. Il se forme d'abord de petits flocons nuageux dans la profondeur, flocons qui augmentent d'épaisseur, flottent dans le liquide, puis retombent au fond. Rarement le liquide est troublé uniformément; quelquefois il se fait un très léger voile.

Nous avons employé comme milieu liquide, le bouillon sucré alcalin, contenu dans des éprouvettes épaisses. Le vide était fait, aussi complètement que possible, à la machine pneumatique. Nous fermions ensuite à la lampe. Nous ne décrirons pas la technique de cette méthode qui est classique.

Culture en surface. — Nous avons employé les tubes de Roux également classiques (1).

---

(1) Roux. Sur la culture des anaérobies. *Annales de l'Institut Pasteur*, n° 2, p. 49, 1887.

Inoculations aux animaux des espèces anaérobies. — Les inoculations ont été faites au lapin et au cobaye sous la peau et dans le sang du lapin par une veine de l'oreille.

Les cultures sur milieu liquide étant toujours longues et difficiles, nous nous sommes souvent servi, pour inoculer, de nos tubes de culture en milieu solide. Nous avons ainsi, en même temps que les organismes, introduit sous la peau, un ou plusieurs centimètres cubes d'agar. Ces inoculations avec agar se font aisément avec la seringue de Roux, armée d'une forte canule.

Il y avait lieu de se demander pour contrôler les résultats, si l'agar introduit en même temps que les cultures ne faussait pas les recherches. A cet effet, nous avons souvent introduit sous la peau du lapin ou du cobaye des quantités notables d'agar stérilisé sucré. Nous avons toujours observé une résorption très rapide du milieu sans effet nocif; vingt-quatre heures suffisent parfois.

Du reste, nos expériences montrent la légitimité des résultats de notre méthode. En effet, tandis que certaines espèces anaérobies inoculées avec l'agar du tube donnent presque constamment des abcès, d'autres espèces inoculées n'ont jamais d'action pathogène.

Nous croyons cependant que l'agar facilite la formation des abcès. Les inoculations en milieu liquide ne donnent pas les mêmes résultats presque constants.

Nous n'avons inoculé que les espèces obtenues à l'état de pureté. *(A suivre.)*

LES ACCIDENTS QUI SURVIENNENT DU COTÉ DE L'INTESTIN AU COURS DE L'HYSTÉRECTOMIE (1).

Par MM. **Verdelet** et **Binaud**.

Les accidents qui surviennent du côté de l'intestin au cours

---

(1) Communication faite au Congrès de gynécologie de Marseille, octobre 1898.

de l'hystérectomie vaginale ou abdominale sont en général peu fréquents et ont peu occupé l'attention des auteurs.

Envisagés, en effet, comme incidents survenant au moment même de l'opération, ils sont assez rares et, comme le dit Pozzi (1), en parlant des plaies faites sur le rectum au cours de l'hystérectomie vaginale : « Il faut une véritable faute de la part de l'opérateur. » Mais, néanmoins, dans des cas où existent déjà de nombreuses adhérences, ces plaies peuvent s'y manifester et donner lieu à des accidents qui sont en général très graves, car l'infection gagne rapidement la cavité péritonéale et ne trouve point de barrière pour l'arrêter. C'est là une première catégorie de fistules analogues aux blessures qui se produisent du côté de l'uretère lorsqu'au cours de l'hystérectomie il vient à être sectionné.

Mais il est un second mode de production offrant une grande analogie avec ce qui se produit tardivement pour les uretères. De même « qu'il ne suffit point de ne pas pincer l'uretère et que, dans l'application des pinces, il faut en rester le plus loin possible pour qu'il ne soit pas atteint par le processus gangréneux (2) » ; de même, dans l'une ou l'autre forme d'hystérectomie, il est possible qu'au cours de l'application des pinces, soit à titre palliatif, soit d'une façon définitive, une partie d'intestin vienne à être saisie par les pinces et subisse ultérieurement une mortification, qui peut évoluer lentement, donnant lieu à une péritonite localisée et ultérieurement à une fistule stercorale.

Il nous a été donné d'observer deux faits de ce genre, qui, par la façon progressive dont se sont déroulés les phénomènes, nous paraissent devoir être rapportés entièrement.

Observation I. — *Fibrome de l'utérus. Hystérectomie abdominale totale.*

Il s'agit d'une femme de 33 ans, qui entre le 26 novembre 1897, à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Demons, pour fibrome de l'utérus.

(1) Pozzi. *Traité de Gynécologie.*

(2) Segond. *Semaine médicale*, 1897.

Son histoire est très simple : depuis deux ans et demi environ elle a remarqué dans son flanc gauche une tumeur mobile, de consistance dure et à peu près indolore. La menstruation se faisait encore régulièrement.

Il y a un an, métrorrhagie assez abondante qui la décide à venir consulter M. le professeur Demons qui institue un traitement médical. Mais la tumeur continuant à grossir et les hémorrhagies se reproduisant, elle se décide à une intervention radicale.

A l'examen de la malade on trouve un abdomen volumineux, arrondi, présentant des vergetures et un sillon dans lequel on peut loger facilement deux doigts et qui délimite une tuméfaction située dans le flanc gauche et la sépare du reste de la tumeur. La tumeur n'est pas fluctuante, le vagin est assez mou, le col est entr'ouvert, un peu ramolli ; les mouvements imprimés à la tumeur ne se transmettent que très faiblement au col. L'utérus paraît en antéflexion.

Opération, 1er décembre. — A l'ouverture de l'abdomen on voit apparaître une tumeur ayant tous les caractères extérieurs du fibrome de l'utérus. Une longue incision, allant du pubis jusque près de l'appendice xiphoïde, permet de largement explorer cette tumeur et de voir qu'elle a des adhérences en arrière avec le côlon transverse. Ces adhérences sont libérées, elles occupent une surface de 6 à 7 centimètres environ. Chemin faisant, on constate aussi que la tumeur est divisée sur sa face antérieure par un sillon parallèle à l'axe du tronc en deux gros lobes qui donnent à l'examen par la palpation la sensation de deux tumeurs isolées. En réalité, il s'agit d'une masse fibreuse qui est reliée au fond de l'utérus par un petit pédicule ayant une largeur de 4 à 5 centimètres. Ce pédicule est sectionné entre deux pinces. On s'aperçoit alors que la tumeur tient encore au ligament large droit, qu'elle a en partie dédoublé en envoyant dans son épaisseur un prolongement. Celui-ci est également libéré. L'ensemble de la tumeur est enlevé. L'utérus étant volumineux est ensuite extirpé par le procédé de Richelot. Hémostase. Toilette du péritoine. Adossement des deux collerettes péritonéales. Sutures. Pansements.

Le 2. La malade est bien, la nuit a été bonne.

Le 3. Les selles sont colorées par du sang bien rouge, aucune douleur.

Le 4. Une odeur fétide commence à se répandre autour de la malade, elle se plaint de souffrir de tout l'abdomen qui est tendu, ballonné. La température monte à 38°. En présence de ces phénomènes généraux,

on croit à un peu de cellulite du reste du tissu cellulaire des ligaments larges et on s'apprête, si l'état inflammatoire continue, à faire jour à la collection qui doit se développer dans le petit bassin.

Le 5. La malade prétend qu'elle rend des gaz par la vulve, gaz qui auraient l'odeur des gaz intestinaux. A l'inspection de la vulve et du vestibule on voit des débris grisâtres de tissus sphacélés par la pression des pinces hémostatiques, et l'on pense que les gaz vaginaux sont dus à la putréfaction des tissus nécrosés.

Le 6. L'état fébrile se maintient, la malade a le teint terreux ; elle s'affaisse, mais malgré tout a bon appétit.

Le 7. Ventre dur, ballonné, même état.

Le 8. L'inspection du vagin démontre la présence d'une grande quantité de matières noirâtres, d'odeur fétide. Le doigt explorant attentivement la cloison recto-vaginale découvre un orifice imperceptible qui fait communiquer ces deux organes. La malade a donc une fistule stercorale ; on ordonne de fréquentes injections et des lavements.

L'état continue à rester stationnaire.

Vers le 16 apparaissent des phénomènes d'arthrite du côté du poignet gauche qui durent quelques jours.

Le traitement est toujours continué par les lavages et les lavements et peu à peu la fistule guérit.

La malade est en mesure de quitter l'hôpital, absolument guérie, le 31 janvier 1898.

Revue le 22 avril 1898, son état s'est maintenu excellent.

Observation II. — *Salpingo-ovarite double. Hystérectomie vaginale.*

Il s'agit d'une femme de 43 ans dont l'histoire est la suivante : Réglée à l'âge de quinze ans, elle a toujours eu des règles abondantes. Vers l'âge de dix-neuf ans, elle est atteinte de prolapsus de l'utérus, survenu à la suite de couches et par la fatigue qui avait suivi. A cette époque, son retour fut suivi d'une métrite hémorrhagique qui dura huit mois.

Elle resta en parfaite santé jusqu'à l'âge de ving-huit ans.

A cette époque, elle fait une fausse couche suivie d'une nouvelle poussée de métrite hémorrhagique qui guérit par des pansements utérins.

L'état se maintient de nouveau parfait jusqu'à l'âge de trente-cinq

ans. A ce moment-là, à la suite de fatigues exagérées, elle a une nouvelle poussée de prolapsus et elle entre à l'hôpital Saint-André, dans le service du professeur Lannelongue, qui pratique sur elle l'amputation du col avec colporrhaphie et l'opération d'Alexander. Elle reste guérie jusqu'en mai 1896.

A la suite d'une promenade en voiture vers l'époque de ses règles, douleur subite dans le ventre avec malaise, ténesme, envie de vomir. Un médecin appelé constate une tumeur pâteuse, péri-utérine et pense à une hématocèle. Sous l'influence du repos et du traitement cette tumeur se réduit un peu. La malade, se sentant mieux, veut se lever et de nouvelles poussées surviennent. L'un de nous, appelé à ce moment, pratique un nouvel examen et porte le diagnostic de pelvi-péritonite et institue un traitement approprié. Comme l'état demeurait stationnaire, il la fait rentrer à l'hôpital dans le service de M. le professeur Demons. La poussée aiguë de pelvi-péritonite une fois terminée, on proposa l'opération de Segond, car on constatait une double salpingo-ovarite.

Le 7 octobre, hystérectomie vaginale, par M. le professeur Demons. 5 pinces hémostatiques sont appliquées sans difficulté. On les enlève au bout de quarante-huit heures. Le troisième jour, purgation ; issue de matières fécales liquides par le vagin. Dans ces conditions, mauvais état général: poussées de péritonite. Pendant trois mois, la malade reste en traitement à l'hôpital (lavements de glycérine, injections) ; mais les matières fécales passaient tous les jours par le vagin. Grand état de fatigue de la malade, anémie, œdème des jambes. Des gaz et des matières fécales grosses comme des noix passent par le vagin.

Cautérisation au nitrate d'argent et au thermocautère ; peu à peu apparaît un bourgeon charnu qui se cicatrise. L'issue de quelques matières liquides devient de plus en plus rare et la guérison est obtenue.

Depuis, la malade est bien portante, a engraissé et éprouve seulement quand elle est constipée une sensation de pesanteur dans le fondement. Au toucher, on sent les restes du ligament large et une petite dépression en cupule que l'on retrouve par le toucher rectal ; il y a adhérence en ce point, ce qui explique les douleurs.

Nous n'insisterons pas davantage sur le mécanisme de production de ces fistules, ni sur leur symptomatologie ; les observations précédentes sont assez claires pour fixer ce sujet.

Un mot seulement sur leur pronostic et leur traitement.

Les fistules qui viennent à se produire immédiatement et qui sont plutôt des plaies intestinales sont des accidents opératoires très graves (1) ; celles, au contraire, qui surviennent secondairement paraissent d'un pronostic meilleur.

Quant au traitement, le plus ordinairement de petits moyens paraissent réussir, ainsi que nous l'avons vu dans deux cas et ainsi que le mentionne Chaput (2).

LES AUTO-INTOXICATIONS GRAVIDIQUES (3)

Par le Dr **G. Bouffe de Saint-Blaise**,
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

V. — Étude de chacune des manifestations de l'hépatotoxhémie gravidique.

I. — Troubles dyspeptiques et vomissements.
II. — Prurit généralisé.
III. — Ptyalisme.
IV. — Vomissements dits incoercibles.
V. — Œdèmes non albuminuriques.
VI. — Névrites toxiques de la grossesse.
VII. — Ictères et colique hépatique.
VIII. — Certains troubles de la peau; herpès gestationis.
IX. — Manie puerpérale.
X. — Albuminurie gravidique.
XI. — Accès éclamptiques.
- 1° Comment les théories de l'auto-intoxication leur furent-elles appliquées.
- 2° Exposé de la théorie.
- 3° Preuves de la prédominance du foie dans la production de ces accès.
  - *a*) Pr. cliniques.
  - *b*) Pr. expérimentales.

---

(1) Jonnesco. *Semaine médicale*, 1897, p. 344 et 402.
(2) Chaput. Société de chirurgie, 13 mai 1896.
(3) Voir n° de novembre 1898, p. 342.

Perméabilité rénale.
Toxicité des urines et du sang.
c) Pr. thérapeutiques.
d) Pr. anatomo-pathologiques.
XII. — Action de l'auto-intoxication sur le fœtus et ses annexes.

I. — **Troubles dyspeptiques et vomissements de la grossesse, etc.** — Ces accidents sont en général très bénins, mais cependant ce sont des phénomènes anormaux; ils marquent pour M. Pinard un premier degré d'intoxication légère ; ils peuvent être mis sur la même ligne que certains troubles nerveux légers : changement de caractère, irritabilité, céphalée, somnolences. Ils sont signalés par Hanot, comme les premiers signes de l'insuffisance hépatique dans les maladies du foie et comparables, suivant Keiffer (1), aux légers troubles que l'on constate, par ménorrhémie dans l'aménorrhée.

II. — **Prurit généralisé**. — Ce phénomène, bien noté par Stoltz, (2) est considéré par M. Pinard comme d'un pronostic grave pour l'enfant. On peut le rapprocher de ce que l'on voit dans les maladies du foie même sans ictère.

Au point de vue du pronostic, je verrai de quelle importance est l'intoxication gravidique au point de vue de la vie de l'enfant.

Je possède deux observations de prurit généralisé guéris l'un après 8 jours, l'autre après 12 jours de régime lacté.

III. — **Ptyalisme**. — Il est actuellement admis par tous les pathologistes que ce phénomène est causé par un poison particulier ; je dois dire que si l'on connaît une sialorrhée hépatique, on en connaît aussi une urémique. Mais dans la plupart des cas de ptyalisme, même quand il accompagne les vomissements incercibles, ce qui est si fréquent, il est rare de trouver des lésions du rein, de l'albuminurie, et même les signes du petit brightisme.

« (3) La salivation peut être réflexe, certains poisons irritant

---

(1) La menstruation dans ses rapports avec la path. générale. *L'Obstétrique*, 1897.

(2) Art. Grossesse. *Dict. de Méd. et Chir.*

(3) Roger. *Loc. cit.*, p. 962.

les terminaisons nerveuses au niveau de la cavité bucco-pharyngée, ou même au niveau de l'estomac. »

« (1) Un deuxième groupe est représenté par la sialorrhée éliminatoire, la sécrétion est accrue parce que l'épithélium est excité par le passage des substances anormales. »

Cet accident débute parfois, de même que les autres phénomènes dits sympathiques de la grossesse, quelques jours après le début de cette grossesse. J'ai répondu déjà à cet argument contre l'auto-intoxication. Audebert (2) en a publié un cas dans la rétroversion utérine : rien d'étonnant à ce que celle-ci ait servi de cause occasionnelle.

Le régime lacté a sur cet accident une action vraiment extraordinaire ; je pourrais citer l'observation d'une dame qui eut du ptyalisme avec vomissements graves, avant de savoir qu'elle était enceinte ; on lui appliqua divers traitements qui échouèrent, puis le diagnostic de la grossesse ayant été fait, le régime lacté donna une guérison complète. Après six semaines de régime la malade mangea de la viande et fut reprise de ses accidents et cette expérience trois fois faite, fut accompagnée de trois rechutes. Enfin le régime fut définitivement suivi jusqu'à la fin de la grossesse et il naquit un enfant de 3,400 grammes, mais, fait très intéressant, le placenta présentait des traces d'hémorrhagies anciennes, quoique la malade n'eût jamais présenté d'albuminurie.

IV. — **Vomissements dits incoercibles.** — Les vomissements de la grossesse qu'on appelle vomissements incoercibles, ne mettent la vie de la femme en danger qu'après un certain temps, mais la façon dont se comporte l'organisme montre bien qu'il s'agit d'une auto-intoxication lente, d'origine hépatique. Si l'on veut bien se rapporter au tableau que fait Hanot des cirrhoses au début, on y verra notés, en même temps que les vomissements et les troubles dyspeptiques, le changement du caractère, l'insomnie, la somnolence, la constipation,

(1) Roger. *Loc. cit.*, p. 962.

(2) *Gazette hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1897, p. 423.

la céphalalgie. N'est-ce pas là ce que l'on voit dans les vomissements incoercibles ? Et la façon de mourir n'est-elle pas la même absolument dans les deux cas ?

Encore une fois, nous ne refusons pas à l'action réflexe une part dans la production de ces accidents, mais cette part est petite ; seule elle n'aurait jamais pu les déterminer.

Ici encore, le régime lacté, appliqué d'une certaine façon, aura une merveilleuse action si on n'a pas laissé l'organisme s'intoxiquer profondément.

Je n'ai pu trouver trace d'examens du foie, ni de la toxicité des urines et du sang dans ces cas, non plus que de l'analyse chimique des urines. Cela présenterait un grand intérêt.

V. — **Œdèmes non albuminuriques**. — Chacun d'entre nous a rencontré des cas dans lesquels il a été frappé de voir un œdème généralisé, ne disparaissant pas par le repos. On fait analyser les urines, rien d'anormal n'y est décelé ; de même tous les organes paraissent absolument sains. En même temps que la face devient bouffie, un certain degré de dyspepsie se montre, quelquefois même il y a de légers troubles de la vue.

Je sais que pour ma part, je n'hésite pas à condamner une telle malade à un régime sévère ; j'ai toujours vu le succès suivre de près le traitement.

VI. — **Névrites toxiques**. — Ce phénomène assez rare est absolument analogue à celui que l'on rencontre dans certaines infections comme la grippe, ou certaines intoxications, comme l'alcoolisme, dans lesquelles le foie joue un rôle si important. MM. Pinard (1), Desnos et Geoffroy ont publié en 1889 un cas d'atrophie musculaire des quatre membres survenue dans la grossesse et *consécutivement à des vomissements incoercibles.*

Ce dernier membre de phrase se passe de commentaires.

VII. — **Les ictères et la colique hépatique**. — En dehors des maladies préexistant à la grossesse et qui peuvent, pendant son cours, déterminer des ictères, celle-ci peut-elle, ainsi que

(1) 1889. Un cas, etc. *Acad. de Méd.*

le dit le professeur Queirel (1), être la cause directe de cette complication ? Le Masson (2) a étudié à fond cette question et je me contente de résumer ses conclusions.

« Les ictères sporadiques sont toujours secondaires et liés directement ou indirectement à l'altération fonctionnelle de la cellule hépatique et à l'insuffisance hépatique.

« On remarque des ictères bénins et des ictères graves. »

Le système digestif semble avoir une action prépondérante et dans le système digestif le rôle principal revient au foie.

On ne peut actuellement donner une division pathogénique des ictères, mais le pronostic doit être réservé.

Nous admettons tous que certains ictères peuvent être sous la dépendance directe de l'état du foie, et je renvoie pour une étude plus complète au volumineux mémoire de Le Masson, qui a réuni tous les arguments contre la théorie rénale de Decaudin, en les appuyant de nombreux documents.

Je parlerai plus tard d'un ictère spécial qui suit certains cas d'accès éclamptiques.

VIII. — **Troubles de la peau. — Herpès gestationis.** — On remarque en effet pendant la grossesse, comme dans le cours des maladies du foie (Hanot), une couleur bronzée des téguments ou des taches pigmentaires.

Dans l'herpès gestationis, Bar (3) a constaté la diminution de la toxicité urinaire et l'abaissement du taux de l'urée, puis la polyurie, l'hypertoxicité urinaire, le relèvement de l'urée au moment de la guérison.

IX. — **Manie puerpérale.** — Ces troubles mentaux peuvent exister même en dehors des accès éclamptiques qu'ils suivent quelquefois. C'est ici surtout qu'on pourra indiquer l'influence d'un terrain préparé par l'hérédité, la misère, etc. Bar, Léonard, Olshausen, les considéreraient dans certains cas comme un prodrome de l'éclampsie, et ils rentreraient alors dans cette

(1) Ictères de la grossesse. *Arch. tocol.*, p. 46, 1884.

(2) *Les ictères et la colique hépatique, pend. la puerpéralité.* Th. Paris, 1898.

(3) SCHWAB. *Arch. gén. de Méd.*, 1897, p. 733.,

disposition particulière que Bar (1) a qualifiée : éclampsisme.

Je me contenterai de penser que cet accident est simplement une manifestation de l'hépato-toxhémie. On connaît du reste actuellement les délires causés par les auto-intoxications, et des neuropathologistes, tels que Klippel, attribuent au foie une action prépondérante pour la production de ces accidents (2).

X. — **Albuminurie gravidique.** — Dans les cas où il n'existait pas de mal de Bright, l'albuminurie est généralement une conséquence de l'intoxication générale. Nous l'avons vue, compliquant les maladies du foie.

Murchison (3) a montré qu'elle peut être « produite par un trouble hépatique en dehors de toute lésion organique des reins. On voit si souvent l'albuminurie associée à des troubles hépatiques disparaître complètement et d'une façon permanente lorsque ces derniers ont été dissipés, que l'on ne peut guère douter du rôle que joue le foie comme cause d'albuminurie ». Jaccoud (4) rattache l'albuminurie dans un cas d'ictère grave, à l'altération du sang produite par la suspension de la sécrétion biliaire.

Bouchard a montré que « le foie peut élaborer certaines substances albuminoïdes, de telle sorte que l'albuminurie en résulte ».

Il pourrait enfin exister une albuminurie par compression, telle que celle résultant de l'ascite ou d'une tumeur hépatique. Mais dans ces cas le foie est très atteint dans son fonctionnement et la compression ne serait encore qu'un phénomène secondaire.

---

(1) *Tr. d'acc.*, t. III.

(2) Consulter :

RÉGIS. Délires d'auto-intoxic. et d'inf. *Presse médicale*, 1898, p. 57.

KLIPPEL. Insuffisance hépatique dans les maladies mentales. *Arch. gén. de Méd.*, août 1892.

KLIPPEL. Délire et intoxication hépatique. *Revue de Psychiatrie*, sept. 1897.

HURD. Aspects cliniques de l'auto-intoxic. *Americ Journ. of insanit.*, juillet 1897.

(3) *Maladies du foie.*

(4) *Cliniques de Lariboisière.*

J'ai vu plus haut que Huchard (1), Rendu (2), Mollière (3) en donnent des preuves certaines.

Enfin les expériences de Gaucher (4) et de Gouget (5) y ajoutent des preuves certaines.

Le diagnostic de cette variété d'albuminurie sera fait au moyen des signes différentiels des néphrites chroniques anciennes, et les caractères chimiques de l'urine qui se voient dès que le foie devient insuffisant, pourront servir à préciser la chronologie des faits.

Cette albuminurie disparaît souvent par le régime lacté, à moins que l'intoxication trop ancienne n'ait déjà provoqué des lésions anatomiques profondes.

Elle est caractéristique quand, très peu abondante, elle le devient subitement davantage, au moment des décharges toxiques qui précèdent l'accès d'éclampsie. Et dans ces cas, elle guérit souvent complètement en quelques jours, quand cesse l'intoxication.

La quantité de cette albumine n'est pas toujours en rapport avec la perméabilité du rein. On sait qu'il peut y avoir une imperméabilité considérable sans albuminurie dans le mal de Bright. Potocki (6) a prouvé au contraire que dans quelques cas d'éclampsie, la perméabilité rénale pouvait être complète en même temps que les urines contenaient une grande quantité d'albumine.

J'ai déjà dit que, d'après Roger, le sang pouvait contenir, comme dans la pneumonie, des albumines spéciales, combinées à des alcaloïdes très toxiques, qui ne pouvaient passer à travers le rein même sain, parce que ces produits ne sont pas dialysables.

---

(1) *Bull. méd.*, 1892, p. 146.

(2) *Sem. méd.*, juin 1892.

(3) Les néphr. aiguës et chroniques. *Lyon Méd.*, fév. 1894.

(4) Pathog. du mal de Bright. *Soc. méd. des hôpit.*, 1888.

(5) Influence des maladies du foie sur le rein. *Revue de médecine*, 1888, p. 67.

(6) *Bulletin méd.*, 1888, p. 67.

L'albuminurie peut donc être un phénomène secondaire, un signe de l'hépato-toxhémie gravidique.

XI. — **Accès éclamptiques.** — 1° COMMENT LES THÉORIES DE L'INTOXICATION FURENT-ELLES APPLIQUÉES A CES ACCIDENTS ? — De ce que l'on constatait la présence de l'albumine dans les urines des femmes éclamptiques, il était naturel de rattacher ces accidents à une maladie des reins : de là naquit la théorie de l'urémie, résumée en 1867 par Tarnier (1). Les défenseurs de cette théorie furent Wilson, Royer, Cormarck, etc. Puis l'urémie fit place à l'urinémie, défendue par Frerichs, Mercier, Schottin et Gübler. On trouvera l'exposé de ces théories et leur discussion dans les derniers traités classiques : Ribemont-Dessaignes et Lepage, et Tarnier, Budin et Bar, p. 729, t. III.

Bientôt Schiff, puis Bouchard, Roger, Charrin, démontrent que dans la rétention de produits toxiques, aussi bien dans les infections que dans les intoxications, si le rein a un rôle important, mais un peu passif, l'action du foie est prépondérante. Bientôt les recherches de Jürgens, Pilliet, Bouffe, Schmorl, Bar, etc., démontrent que le foie présente dans ces cas une lésion constante de nécrose, alors que le rein montre les lésions les plus diverses et même une intégrité absolue, dans quelques cas.

C'est alors que prit naissance la théorie de l'hépato-toxhémie que je défendis depuis 1891, pour les accès éclamptiques et dont M. Pinard fit une théorie générale pour la pathologie de la grossesse.

2° EXPOSÉ DE CETTE THÉORIE. — Les accès éclamptiques sont sous la dépendance d'une auto-intoxication ; cela n'est plus douteux pour personne aujourd'hui. Mais au lieu de constituer une intoxication spéciale, comme je l'avais cru un moment, à cause de la répétition continue des mêmes lésions que j'avais pu observer dans le foie, ils feraient partie d'un ensemble de phénomènes, tous sous la dépendance d'une insuffisance hépatique. Les accès éclamptiques eux-mêmes ne reproduiraient pas toujours le même tableau symptomatique, ainsi que je

(1) CAZEAUX. *Tr. d'accouch.*, 1867, p. 483.

l'avais déjà dit en 1891, et suivant que l'intoxication est plus ou moins complexe, ou sans doute, suivant la composition ou l'abondance des poisons retenus, on verrait des malades avec une température élevée ou abaissée ou normale, avec de l'ictère ou non, avec ou non des modifications du pouls, etc... On pourrait même voir les accès convulsifs manquer complètement et la maladie se borner à ce que Bar appelle l'éclampsisme : J'en ai rapporté un cas en 1891 (1). Les poisons qui agissent dans ce cas sont multiples, ayant tous ce point commun d'être convulsivants ; ou bien ils sont multiples et agissent parallèlement, l'un pour les convulsions, l'autre pour la thermogenèse, un autre encore par tel ou tel phénomène adjuvant.

L'ictère serait sous la dépendance de l'état de destruction du parenchyme hépatique, et alors la toxhémie produite par la présence de la bile dans le sang s'ajouterait encore à la toxhémie générale.

Les partisans de l'infection microbienne parmi lesquels je citerai Blanc, Herrgott, Doléris et Butte, Döderlein 1893, Favre 1895, Delore, etc..., ne font que reculer le problème d'un degré. En effet, s'il existe un microbe pathogène, ce n'est pas lui-même qui agit, mais la toxine qu'il produit, ainsi que cela est prouvé pour la plupart des micro-organismes et ainsi que Claude (2) l'a démontré dans sa thèse. Cette toxine serait donc l'origine des lésions hépatiques, mais celles-ci resteraient les causes déterminantes de la toxhémie.

Il nous est du reste impossible de dire quels poisons agissent ; mais qu'ils soient poisons chimiques ou toxines microbiennes, la théorie reste intacte.

A l'heure actuelle on peut dire qu'aucun fait assez probant n'a encore été apporté, mais si la théorie microbienne venait à être établie un jour, ce que je ne crois pas, elle ne ferait qu'ajouter un anneau à la chaîne déjà si solide que je tâche de montrer ici, elle n'infirmerait en rien aucun des faits cliniques, expérimentaux,

(1) *Lésions anatomiques de l'éclamp.* Th. Paris, 1891.
(2) *Loc. cit.*, Paris, 1891.

thérapeutiques ou anatomo-pathologiques que je vais exposer maintenant

3° Preuves de la prédominance du foie dans la production de ces accès. — L'état du rein est d'une très grande importance, en ce qu'il favorise et complète la rétention, s'il est malade primitivement et cause une hépato-toxhémie secondaire, ce qui est rare, ou s'il devient malade consécutivement à l'insuffisance hépatique, si enfin, par sa fonction et sa nature intime, il est impuissant vis-à-vis de certains poisons, quoique sain.

Dans tous ces cas, c'est le foie qui a un rôle prépondérant.

a) Preuves cliniques. — *Éclampsie sans albuminurie ni mal de Bright.* — En dehors de ceux que j'ai vus moi-même, Roger, Simpson, Frerichs n'ont pas trouvé d'albuminurie dans 1/10e des cas. Spigelberg, Depaul, P. Dubois, Tarnier en rapportent de nombreux exemples ; Brummerstaedt (1) ne trouve que 116 albuminuriques sur 135 ; Schauta (2) 107 sur 125 ; Pavpertov (3) 174 sur 288, etc. Inverardi (4), Bozzolo (5), Lusk (6) considèrent l'albuminurie comme l'un des derniers signes de la toxhémie, comme cela se voit dans toutes les toxhémies microbiennes ou autres. Wright (7) cite un cas d'éclampsie sans albuminurie ni aucun signe d'insuffisance rénale, — et tant d'autres.

Je sais bien que l'absence de l'albuminurie n'est pas une preuve de l'intégrité du rein, mais alors il existerait un mal de Bright sans albuminurie et cela se retrouverait toujours à l'autopsie, ce qui n'est pas.

Guérison rapide de l'albuminurie dans beaucoup de cas. — Dans un très grand nombre de cas, l'albuminurie qui, peu

(1) *Bericht aus der central Hebamm...* Rostock, etc... 1866.

(2) Beitrage zur Lehre von der Eklampsie. *Arch. f. Gyn.*, XVIII, p. 263.

(3) *Eclampsia parturentium.* Bonn, 91. Moscou, 1892.

(4) Sulla cura della eclampsia. *Ann. di M.*, mai 1896.

(5) *Clinica moderna*, 1896, p. 914.

(6) *N.-York med. Jour.*, 1896, p. 755.

(7) Toxemia of pregnancy. *Amer. Journ. of obstet.*, oct. 1897.

abondante, avant les crises, devient énorme au moment du premier accès, à cause de la surcharge toxique qui existe alors dans le sang, guérit d'habitude, avec une rapidité surprenante et même dans les cas où la maladie présente des accidents post-éclamptiques, de la peau, du système nerveux, de la vision, de l'intelligence, etc... Il n'y a donc pas de lésion profonde du rein.

Comment admettre que la cause disparaîtrait aussi rapidement et que les conséquences seraient aussi tenaces !

Ressemblance des accès éclamptiques avec les accidents nerveux de l'ictère grave.

Fréquence de l'ictère post-éclamptique.

Signes décrits plus haut de l'insuffisance hépatique.

L'éclamptique meurt comme les hépatiques.

b) PREUVES EXPÉRIMENTALES. — *Perméabilité rénale.* — « Il me semble résulter de nos cinq observations, dit Potocki (1), non choisies dans un but spécial, mais recueillies au hasard de la clinique, que l'éclampsie apparaît de préférence chez des femmes dont le rein ne présente pas de lésions anatomiques. J'ai observé au contraire dans ces derniers temps, plusieurs femmes atteintes du mal de Bright, et qui n'ont présenté aucun accident éclamptique pendant la puerpéralité. Il faut chercher ailleurs que dans une lésion du rein la cause de l'éclampsie puerpérale. »

Toxicité du sérum sanguin et des urines. — Bouchard a montré que dans l'éclampsie l'urine quoique peu abondante est peu toxique.

Rummo (2), par des expériences sur le sérum normal, l'a trouvé toxique à la dose de 10 centim. cubes par kilog.

Tarnier et Chambrelent (3) l'ont trouvé toxique dans l'éclampsie à la dose de 3, 4, 5 ou 6 centim. cubes et parallèlement le coefficient uro-toxique s'abaissait à 0.18 ou 0.11 au lieu de 0.46.

---

(1) Sur la perméabilité rénale chez les éclamptiques. *Bull. méd.*, 1898, p. 105.

(2) *Rif. Medica*, 1889.

(3) *Ann. de gynéc.*, nov. 1892.

Ces recherches furent confirmées par Massion (1).

D'après Tarnier et Chambrelent « le degré de toxicité du sérum paraît être en raison directe de la gravité de la maladie, il fournit ainsi des éléments pour le pronostic de l'affection. »

Je ferai remarquer que la 6me femme qui a servi pour ces expériences n'a jamais présenté d'albuminurie, même au moment des attaques, ni aucun signe du mal de Bright.

— Ces constatations ont été faites encore par Bar et Renon (2) pendant la période prééclamptique : dans un cas l'urine était hypertoxique et dans l'autre hypotoxique ; mais dans les deux cas, les poisons du sérum semblaient augmentés.

Hayem (3) et Bar (4) refusent à ces expériences une grande importance, car le sérum agirait comme coagulant. Pourtant on peut dire que le sérum voit augmenter son pouvoir coagulant ; ce qui revient presque à la même chose.

Diminution de l'urée. — Massen (5), Ludwig (6) et Serre, ont constaté une diminution considérable de l'urée (7,5 p. 100 et 5,19 p. 100) et une augmentation de l'acide urique et des leucomaïnes : 2 à 13 fois plus. Pour ces auteurs la cause de l'éclampsie serait une auto-intoxication par des produits résultant de la combustion incomplète des albuminoïdes et par conséquent d'une hépato-toxhémie.

c) Preuves thérapeutiques. — Le lait est tout-puissant pour prévenir les accès, quand il a pu être donné depuis assez longtemps, tandis que dans les néphrites il ne peut souvent même pas diminuer la quantité d'albumine ; du reste il agit ici, comme dans la fistule d'Eck, en supprimant les poisons alimentaires.

Les médicaments anticonvulsivants peuvent arriver à empêcher les attaques, quand la femme présente les signes prémo-

(1) Th. Bordeaux, 1893.
(2) *Soc. Biolog.*, 28 avril 1894.
(3) *Biol.*, 1894.
(4) *Tr. d'acc.*, t. III, p. 731.
(5) *Journ. Méd.*, i Jensk Boliezen, janv. 1893 et 1894.
(6) *Monptonb. f. fet. m. gyn.*, mai 1897.

nitoires de l'éclampsie, et même dans les cas où il n'y a pas d'albuminurie (observation de Baudelocque).

d) Preuves anatomo-pathologiques. — Je ne reprendrai pas en détail les lésions du foie que j'ai décrites plusieurs fois, à la suite de Pilliet. Déjà Doléris, en 1885, avait trouvé des altérations de cet organe. Jurgens avant Pilliet, avait rencontré des lésions hémorrhagiques du foie et des embolies graisseuses. Qu'il me suffise de dire que ces troubles sont des lésions nécrobiotiques analogues à celles que Claude a décrites et figurées dans une série d'intoxications diverses. — Leur siège paraît être le plus souvent les environs de la veine porte, mais j'ai vu cependant un cas, où c'était la zone intermédiaire à l'espace porte et à la veine sus-hépatique qui était nécrosée. La malade était morte sans avoir présenté d'albuminurie à aucun moment, et le rein présentait néanmoins des lésions secondaires analogues à celles que l'on trouve dans la diphtérie. — Enfin Schmorl (1) trouve les mêmes localisations dans le foie.

Bar et Guyesse (2) n'ont pas constaté les hémorrhagies hépatiques dans tous les cas, mais ils ont constaté des lésions de nécrose.

Les lésions décrites par Brault peuvent être considérées aussi comme étant du même genre.

La dégénérescence graisseuse trouvée par Vinay n'est aussi qu'un degré de mortification.

Conclusion. — On constate dans tous les cas d'accès éclamptiques de la nécrobiose des cellules hépatiques.

Dans le rein on trouve toutes les lésions possibles, depuis celles des néphrites jusqu'à un processus de dégénérescence analogue à celui du foie, ou des lésions congestives de l'épithélium, et même, dans deux cas personnels, l'intégrité absolue du parenchyme.

—Toutes ces raisons semblent prouver ce que j'affirmais à la Société obstétricale de France en 1892 : les lésions du foie, com-

(1) Schmorl. Leipzig, 1898.

(2) Lésions hépat. et rénales de l'éclampsie. *Sem. méd.*, 1897, p. 172.

pliquées ou non d'hémorrhagies, d'infarctus ou d'embolies, qu'elles soient localisées autour des espaces portes ou ailleurs, sont caractérisées par une nécrobiose des cellules hépatiques, par une mortification du parenchyme qui rend le foie de plus en plus insuffisant, à mesure qu'elle s'établit. *Cette nécrose est constante, tandis que les lésions rénales ne le sont pas.* C'est donc le foie qu'il faut incriminer dans la production des accès éclamptiques et cette conviction restera inébranlable jusqu'à ce que j'aie pu voir dans ces conditions un foie sain.

Aussi, peut-on être étonné de trouver dans Le Masson cette constatation que pour l'éclampsie, la question de la cause hépatique reste en suspens, et que personne n'est encore autorisé, à l'heure actuelle, à la rattacher à l'insuffisance hépatique.

Rien pourtant ne paraît plus clairement démontré, du moins pour tous les cas que j'ai pu observer.

XII. — **Action de l'intoxication sur le fœtus et les annexes.** — Les auto-intoxications de la grossesse ont sur le produit de conception une influence considérable, et cela est facile à expliquer, puisque le fœtus se nourrit de ce qu'il trouve dans le sang de sa mère. Quand celui-ci devient saturé de toxines, il sature également peu à peu le sang du fœtus, qui moins résistant succombe fréquemment ou est asphyxié par la diminution du champ de l'hématose qui survient à la suite des hémorrhagies placentaires.

(1) « Quelle que soit la cause efficiente de l'éclampsie, la plupart des phénomènes relèvent d'une intoxication, et les poisons ainsi formés peuvent empoisonner le fœtus et entraîner sa mort; l'expérience démontre en effet que le sang d'un enfant issu d'une femme éclamptique est plus toxique que lorsque la mère est saine. »

On sait aussi quel pronostic favorable doit entraîner la mort du fœtus chez une femme qui présente des signes d'insuffisance. — Cela est dû à ce que l'état spécial que nous avons incriminé cesse à partir du moment où l'œuf cesse de se développer ; mais

(1) ROGER. P. 861.

cette question est loin d'être élucidée et je ne puis en commencer ici la discussion.

Pour le placenta, la lésion est multiple, mais le processus hémorrhagique que l'on a décrit comme étant spécial à l'albuminurie, est simplement un fait consécutif à la toxhémie maternelle et aux altérations du sang. Cela est certain, puisqu'on les rencontre en dehors de l'albuminurie. J'ai parlé tout à l'heure d'un placenta semblable après une grossesse compliquée de ptyalisme. Lepage m'en a montré un autre chez une femme qui avait présenté des vomissements incoercibles.

CONCLUSION GÉNÉRALE DE L'HÉPATO-TOXHÉMIE GRAVIDIQUE

L'insuffisance hépatique est essentiellement pour nous la cause (unique dans beaucoup de cas) de quelques phénomènes morbides de la grossesse, mais cette intoxication peut présenter des formes bien différentes, suivant qu'un poison ou l'autre prédomine, ou suivant que l'organisme intoxiqué fournit un lieu de moindre résistance, par hérédité, par maladie antérieure, par disposition morbide quelconque.

VI. — Diagnostic.

1° Comment peut-on faire le diagnostic de l'hépato-toxhémie ou insuffisance hépatique pure au début ?

a) Urée.
b) Acide urique.
c) Matières extractives.
d) Glycosurie alimentaire.
e) Urobilinurie.
f) Indican.
g) Peptonurie.
h) Toxicité urinaire.
i) Toxicité du sérum.
j) Acide sulfhydrique.
k) Albuminurie.

2° Dans le cas d'albuminurie, peut-on reconnaître sa cause et distinguer la part qu'il faut faire à l'hépato-toxhémie et au mal de Bright ?

J'en ai dit assez pour montrer que si la théorie hépatique des

intoxications n'a pu encore dire son dernier mot, au moins elle repose sur des bases solides, qui sont la pathologie hépatique et rénale, si étudiée depuis quelque temps, les rapports que l'on connaît bien maintenant entre les maladies du foie et celles du rein, les expériences de Bouchard, Roger, Gaucher, Gouget, etc., la clinique, la thérapeutique et l'anatomie pathologique. Je crois avoir prouvé que cette insuffisance hépatique compliquée ou non d'insuffisance rénale, peut être l'origine d'accidents d'une gravité exceptionnelle, et qu'une thérapeutique rationnelle instituée assez tôt et prolongée assez longtemps, peut les éviter presque toujours. Avons-nous en notre pouvoir des signes suffisamment sûrs qui nous permettent de faire le diagnostic et guident notre conduite ?

Jusqu'à présent on s'est contenté d'analyser les urines et de soumettre au régime lacté toutes les femmes qui présentaient de l'albuminurie, même à un degré léger, guidé par cette idée que les albuminuries légères ne sont pas toujours les moins graves : cela était déjà un énorme progrès. Est-ce suffisant, et n'ai-je pas démontré que dans un nombre considérable de cas, les accès éclamptiques ne sont pas précédés de ce symptôme, que le rein soit sain, ou qu'il présente de la néphrite sans albuminurie.

N'avons-nous pas été les témoins impuissants d'accidents chez des femmes dont les urines étaient régulièrement examinées tous les huit jours, et dont l'attention n'avait pas été attirée par des phénomènes graves, persuadées qu'elles étaient que la céphalée, les troubles de la vue, les épistaxis, les troubles dyspeptiques, etc., étaient dus uniquement à la grossesse, et ne méritaient pas qu'on s'en occupât ?

Cela seul suffirait à excuser ce travail, et je vais essayer de recueillir dans tout ce qui précède, certaines données qui vont me permettre de résoudre le problème suivant :

1° Comment peut-on faire le diagnostic de l'hépatotoxhémie ou insuffisance hépatique pure au début ? — J'ai dit qu'il fallait surveiller particulièrement toutes les femmes qui présentent les troubles dits sympathiques de la grossesse,

surtout si l'interrogatoire nous apprend quelque hérédité hépatique ou nerveuse, ou quelque antécédent de ce genre, tel qu'un simple ictère catarrhal.

En dehors de l'examen clinique, sur lequel j'ai suffisamment insisté, l'examen des urines pourra nous apprendre des faits intéressants ; il est entendu qu'à cette période elles ne contiennent pas encore d'albumine.

a) Chauffard a noté que la quantité d'*urée* diminue considérablement, et cet abaissement progressif serait un précieux élément de diagnostic. — Elle est, dit Jeanselme (1), la mesure de l'altération des cellules.

Il peut arriver, dit Hanot (2), que la maladie hépatique ne se manifeste que par l'hypoazoturie (il importe surtout de prendre la quantité de l'azote total de l'urine), l'albuminurie, la glycosurie alimentaire ou par des modifications de la fonction biligénique, ou la fonction chromatogénique, par la production anormale d'urobiline, de pigment rouge, produisant soit l'acholie pigmentaire de Hanot, soit la polycholie pigmentaire de Chauffard.

M. Cassaët (3) a montré aussi à cette période l'excrétion urinaire d'une grande quantité de sels biliaires.

Quelquefois aussi, la cellule hépatique perturbée donne naissance à des produits encore indéterminés chimiquement et qui causent probablement, au moins en partie, le prurit qui peut précéder de longtemps la maladie hépatique.

Hanot appelle ces phénomènes : préhépatisme et Andral connaissait bien aussi ce prurit prématuré.

b) Quand le foie n'est pas capable de transformer en urée l'*acide urique*, la quantité de celui-ci est fortement accrue.

En même temps il y a diminution d'acides sulfo-conjugués (4).

---

(1) Insuffisance hépatique. *Gaz. des hôp.*, 1888, p. 1145.

(2) *Les rapports du foie et de l'intestin*, p. 70.

(3) CASSAET et FERRÉ. *Soc. Biologie*, 23 juin 1894.

CASSAET. Du fonctionnement de la cellule hépatique sur les affections du tube digestif. *Soc. Biol.*, mars 1890.

(4) DEGUERET et ROBIN.

c) *Les matières extractives :* leucine, xanthine, hypoxanthine, etc., degrés d'oxydation encore moins élevés des albuminoïdes, apparaissent dans l'urine et augmentent sa toxicité (Bouchard).

d) *La glycosurie alimentaire* peut être un bon signe de diagnostic, quoique suivant (1) Roques elle existe chez 16 p. 100 de sujets sains.

Hanot dit que jusqu'à nouvel ordre, si elle coexiste avec l'urobilinurie et l'hypoazoturie, elle est un élément seméiologique important.

Cela ressort des recherches de Roger et de Surmont (2).

« Pour apprécier (3) le pouvoir glycogénique du sang, on fait ingérer au malade, le matin à jeun, 150 à 200 gr. de sirop de sucre ; pendant les 5 ou 6 heures qui suivent, on recueille les urines et l'on y cherche la glycose. Si cette substance apparaît, c'est que les cellules sont insuffisantes » ; si le malade a la fièvre la glycose ne passe pas.

« Quand la nutrition est ralentie et le foie indemne, la glycosurie alimentaire peut se produire. Son interprétation est donc délicate ; mais il en est de même de toutes les autres manifestations cliniques, y compris l'albuminurie. *Un foie incapable de fixer le sucre est en même temps incapable d'arrêter le poison.* »

Le passage du sucre en nature (saccharose : Juhel-Rénoy) aurait une importance plus grande.

e) *L'urobilinurie, l'uricémie,* peuvent également apparaître et augmenter la toxicité de l'urine (Hayem) (4).

f) *L'indican* sera aussi retrouvé dans certains cas d'insuffisance hépatique assez prononcée.

g) Bar (5), Mercier et Menu ont constaté que l'urine contient

---

(1) *Acad. de méd.*, mars 1895.

(2) Toxicité des urines dans les mal. du foie. *Arch. gén. de méd.*, 1892.

(3) Roger. *Loc. cit.*, p. 797.

(4) *Soc. méd. hôp.*, juillet 1887.

(5) Bar, Mercier et Menu. *Tr. d'acc.*, t. III, p. 703.

souvent une quantité notable de *peptones* dans les jours qui précèdent les accès éclamptiques.

h) *La toxicité urinaire* est, comme nous le savons, diminuée pendant la grossesse. Elle augmente au moment où survient l'insuffisance hépatique et diminue quand le rein devient à son tour insuffisant. Roger dit avec raison que la diminution du coefficient uro-toxique, après une augmentation, est d'un pronostic mauvais ; car elle est symptomatique d'une insuffisance rénale survenue au cours d'une insuffisance hépatique.

Tarnier et Chambrelent nous ont montré du reste, une diminution de ce coefficient pendant les accès éclamptiques.

i) *Le sérum* devient plus toxique et en général sa toxicité est en rapport indirect avec celle de l'urine. Bar (1) refuse au sérum une propriété toxique directe, mais il admet que son pouvoir de coagulabilité est augmenté ; cela revient à peu près à la même chose.

j) Enfin, M. Roger a bien voulu me faire part d'expériences qu'il fait en ce moment, chez les intoxiqués du foie. Si on injecte de *l'acide sulfhydrique* pur dans le rectum, ce gaz est complètement retenu par un foie suffisant ; au contraire, s'il existe un degré, même léger d'insuffisance, le papier réactif noircit immédiatement dans la bouche. Je remercie particulièrement M. Roger d'avoir bien voulu me renseigner sur ce point si intéressant et si délicat.

k) Enfin, *l'albuminurie* survient lorsque l'insuffisance est bien franchement établie. — Je me suis suffisamment expliqué sur ce point pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

2° DANS LES CAS D'ALBUMINURIE, PEUT-ON RECONNAITRE SA CAUSE ET DISTINGUER LA PART QUI REVIENT A L'HÉPATO-TOXHÉMIE ET AU MAL DE BRIGHT ? — J'ai dit qu'il était hors de doute qu'une insuffisance hépatique pouvait se manifester par de l'albuminurie.

J'ai dit les caractères de cette albuminurie, qui sont bien montrés par les expériences de Gaucher et de Gouget. Le diagnostic en est donc relativement simple.

---

(1) *Tr. d'acc.*, t. III, p. 731.

Mais il deviendra difficile, quand cette albuminurie s'accompagne non seulement de glomérulite ou de desquamation épithéliale, mais du mal de Bright lui-même, ainsi que cela est fréquent, dans les albuminuries anciennes ou quand l'intoxication aura agi plus à fond sur les éléments de parenchyme.

Il semble alors fort difficile de faire la part qui revient au foie et aux reins. Il pourra se produire ce que j'ai vu plus haut, en parlant du mal de Bright primitif, venant compliquer la grossesse.

Mais à ce moment l'intérêt clinique est moindre.

Les phénomènes qui peuvent survenir sont sous la dépendance des deux insuffisances, et le régime lacté, dans ces cas, sera souvent impuissant.

Qu'il nous suffise de savoir que l'insuffisance rénale peut exister sans albuminurie ; c'est là un fait d'une importance capitale : mais presque toujours dans ces cas il existe depuis longtemps d'autres signes d'insuffisance hépatique qui suffiront à attirer l'attention.

Par ce diagnostic fait au début, seront évités presque tous les cas d'intoxications mortelles qui jusqu'à présent ont pu exister chez des malades très surveillés.

VII. — **Conséquences cliniques.**

On a pu voir, dans le cours de ce travail, sur quelles données précises on peut baser son diagnostic, suivant les manifestations de l'intoxication auxquelles on a affaire.

Le pronostic peut varier infiniment, être grave quand les accidents paraissent bénins, être bénin quand ils paraissent graves.

La toxicité de l'urine, celle du sérum sanguin, les signes plus ou moins graves que j'ai décrits de l'insuffisance hépatique et de l'insuffisance rénale, en seront les éléments.

Aussi, je devrai répéter ici de quelle importance est pour moi le diagnostic précoce de l'insuffisance hépatique. Ce travail ne servirait-il qu'à en fixer la nécessité, je me féliciterais de l'avoir entrepris.

Je crois avoir démontré que l'impuissance du médecin, dans cet ordre d'idées, est relative ; à mesure que la science agrandira son domaine, nous arriverons à supprimer les accidents que j'ai décrits, et en particulier cette abominable complication des accès éclamptiques.

Quoi qu'il en soit des discussions auxquelles ce que j'écris pourra donner lieu, il est certain que lorsqu'il existera un soupçon de toxhémie pendant la grossesse, il faudra appliquer le traitement dans toute son exactitude.

Je serai bref sur le régime du lait. Chacun en connaît les effets depuis les études de Jaccoud et de Tarnier (1). « Le lait contient fort peu de potasse ; il est très riche en matière azotée et en hydrocarbures. » Sous son influence à l'état normal, la toxicité urinaire diminue de moitié (Charrin).

Le reste du traitement sera basé sur le bon fonctionnement des émonctoires : l'intestin, le rein, la peau, le poumon ; il est superflu d'insister. Je crois cependant utile de répéter que les purgatifs drastiques fréquents n'ont jamais eu sur la grossesse une action nocive quelconque.

La kinésithérapie et le massage pourront aussi compléter le traitement par leur action décongestive (Stapfer).

L'accouchement prématuré sera indiqué dans tous les cas où le traitement médical sera impuissant, et si malgré son application stricte, les phénomènes d'intoxication persistent ou augmentent. Cette décision pourra être prise, aussi bien dans l'intérêt de l'enfant, s'il est viable, que dans celui de la mère.

Pendant les accès nerveux, ou dans les heures qui précèdent, alors que la malade est dans cet état spécial qui fait redouter l'apparition des accès, on a l'habitude de donner du chloral à haute dose et du chloroforme quelquefois à dose anesthésique.

Pour le chloral, qui, chez l'individu sain, est toxique à la dose de 5 à 6 gr., on peut en administrer jusqu'à 12 et 16 gr. sans déterminer d'accidents. Au début de mes études sur le foie des éclamptiques, on attribuait au chloral la production d'une par-

(1) ROGER. *Loc. cit.*, p. 218.

tie des lésions. Pour y répondre, j'ai empoisonné plusieurs animaux; il m'a fallu des doses énormes, et je n'ai pu constater aucune lésion du foie.

Pour le chloroforme, on peut (1) se demander « si étant donnée l'action du chloroforme sur l'appareil urinaire, on doit l'administrer à dose aussi considérable ? »

Le secret de cette innocuité réside dans l'antagonisme (2) qui existe entre les poisons anesthésiques et les poisons convulsivants auxquels la femme est en proie. — Il faut neutraliser les uns par les autres, et par conséquent en donner des doses qui seraient toxiques pour un organisme sain, et qui dans ces cas arriveront encore difficilement à déterminer leur action physiologique habituelle. Du reste, le chloral aurait sur les organes urinaires une action plus dangereuse que le chloroforme qui s'élimine surtout par le poumon.

Le chloroforme, à dose anesthésique et le chloral, à dose massive, tels que les conseille M. Pinard, s'ils ne peuvent épurer le sang des malades, auront pour résultat de supprimer les phénomènes convulsifs qui sont souvent secondairement la cause de la mort, par augmentation de pression, comme pour l'hémorrhagie cérébrale ou méningée ou l'inondation péritonéale par hémorrhagie du foie, ayant rompu la capsule de Glisson.

VIII. — Conclusions.

On le voit par cette étude, c'est à chaque pas que j'ai été arrêté par un obstacle dans le chemin des faits, c'est à chaque page qu'il m'a fallu conclure par analogie, en me basant sur ce que l'on voit en pathologie ; je n'ai donc en aucune façon la prétention de considérer la discussion comme épuisée. Au contraire, je n'ai eu pour but, ici, que d'exposer des faits très intétéressants, dont l'étude est à l'ordre du jour, et je me garderai d'énoncer des conclusions trop précises.

(1) TARNIER et BUDIN, t. III, p. 742.

(2) RICHET. *Revue Intern. de Thérapeutique*, 1898.

Je finirais volontiers ce rapport, comme Hanot, en 1894, quand il disait :

« J'ai reproduit peut-être sans assez choisir beaucoup de documents. Lorsqu'on est en possession d'une conclusion ferme et définitive, il suffit de retracer les arguments décisifs ; mais si la question est encore pendante, il est préférable de s'en tenir à l'exposé pur et simple des pièces du procès, pour permettre à chacun d'en déduire la solution qui lui semble la plus acceptable, d'être juge lui-même de la cause. »

Cependant, je ne puis résister à la tentation de faire, si l'expression m'est permise, le bilan des auto-intoxications gravidiques ;

Les auto-intoxications qui existent à l'état normal chez tout individu sain, ne deviennent apparentes et ne donnent lieu à des phénomènes morbides, que quand les organes de défense sont insuffisants : le foie pour transformer ou fixer certains poisons, les reins pour éliminer le reste.

Ces auto-intoxications qui existent aussi pendant la grossesse, sont augmentées du fait de cette grossesse, pour des causes multiples. Il existe même peut-être certains poisons spéciaux à la femme enceinte, ce qui expliquerait les accidents tout à fait particuliers qu'elle présente.

Mais ces accidents ne peuvent survenir que si les organes de défense fonctionnent insuffisamment. Le foie paraît avoir une action prépondérante, et son action peut être entravée par un état antérieur de maladie, par une maladie chronique des reins, ou par une affection accidentelle, telle qu'un simple embarras gastrique, une fièvre légère qui nuisant à son pouvoir glycogénique le rend insuffisant. Du moment où l'équilibre est rompu, même de très peu, le cercle vicieux est établi, et l'organe peut difficilement rattraper le chemin perdu.

Le rein a une action généralement très grande, mais néanmoins secondaire à l'état du foie. Si son insuffisance est primitive, elle n'a servi qu'à augmenter le surmenage de la cellule hépatique. Mais si le foie reste suffisant, malgré tout, le malade ne pourra présenter les accidents que j'ai décrits, tout en

restant exposé aux phénomènes particuliers de l'urémie vulgaire.

Au contraire, les accidents peuvent se produire, même si le rein reste sain et suffisant ; à plus forte raison s'il devient insuffisant.

Les poisons retenus ainsi dans le sérum sanguin sont probablement multiples ou se comportent différemment suivant les individus et suivant les dispositions spéciales des cellules des individus, puisque l'on peut remarquer des manifestations aussi différentes que le sont la céphalalgie et le ptyalisme, les vomissements incoercibles et les accès éclamptiques ; puisque ceux-ci eux-mêmes ne se ressemblent pas toujours.

Il est à remarquer que le traitement rationnel des auto-intoxications, qui consiste à laisser entrer le moins de poisons possible et à en soustraire le plus possible, a l'action la plus nette sur toutes les manifestations décrites.

Toutes ces manifestations se retrouvent dans le tableau symptomatique de l'hépato-toxhémie des maladies du foie.

Enfin, le point qui me paraît le plus utile et le plus intéressant, est le diagnostic de cette insuffisance, qu'il faut faire le plus vite possible. Je crois qu'à l'heure actuelle, nous sommes suffisamment armés, je crois que chacun des éléments de ce diagnostic n'est peut-être pas à lui seul suffisant, comme Achard (1) et Castaigne l'ont montré pour la glycosurie alimentaire, mais pris ensemble ils forment un solide faisceau.

J'ai dans le cours de ces lignes énuméré beaucoup de faits et d'arguments, quelques-uns d'entre eux appellent la discussion et l'expérimentation. Mais, je le répète, il me suffit pour être satisfait d'avoir posé les données d'un problème intéressant, aussi nombreuses qu'il se peut, afin que tous puissent voir le fort et le faible de ces idées. La théorie que je viens d'exposer possède un avantage sur toutes les autres, c'est d'expliquer plus de faits ; elle ne peut encore les expliquer tous, mais le plan de l'énorme édifice est fait ; il commence à se profiler ; à chacun de lui apporter la pierre de ses observations quotidiennes.

---

(1) L'épreuve de la glycosurie alimentaire. Causes d'erreur. *Archiv. gén. de Méd.*, 1898.

REVUE GÉNÉRALE

STOMATOPLASTIE ET UTÉROPLASTIE

Par le Dr **H. Delagénière** du Mans (1).

§ 1. — Stomatoplastie.

Définition. — Cette opération a pour but d'obtenir la *dilatation permanente* du museau de tanche. C'est donc une discission définitive.

Historique. — Tous les procédés de discission sont souvent inefficaces, en raison de la cicatrisation rapide des incisions pratiquées au col. Pour éviter cet inconvénient, Courty, avant 1880, puis Küster, en 1885, eurent l'idée de pratiquer une *autoplastie* du col, destinée à empêcher la réunion des lèvres de la plaie. Leur exemple fut suivi par Dudley, Nourse, Reid, Pozzi, etc.

Technique opératoire. — La malade est préparée comme pour subir une amputation du col. On aura à sa disposition les mêmes *instruments*.

A. — Manuel opératoire. — *Procédé de Küster.* — La malade étant dans la position de la taille, est anesthésiée. On découvre le col avec les écarteurs et on saisit la lèvre postérieure avec deux pinces érignes placées près des deux commissures. Avec les ciseaux droits, on sectionne la lèvre postérieure en son milieu, en ayant soin de prolonger la section jusqu'au cul-de-sac vaginal. On écarte l'un de l'autre les deux lambeaux obtenus, puis avec le bistouri on taille dans le centre de chaque lambeau, un fragment en forme de pyramide, dont la base répond à la surface de section et dont le sommet se porte en dehors, de chaque côté, vers les commissures. Lorsque les deux

(1) Extrait de la *Chirurgie de l'utérus* qui vient de paraître, Paris, 1898.

fragments sont enlevés, la lèvre postérieure se trouve donc évidée dans toute son étendue et principalement sur la ligne médiane. Il en résulte que l'orifice du col est agrandi. Pour maintenir cette dilatation, on suture séparément les deux lèvres résultant de l'incision médiane, en adossant les surfaces avivées par l'excision du lambeau prismatique. La lèvre postérieure du col reste donc bifide et amincie.

On placera dans le col un drain en caoutchouc qu'on laissera en place pendant huit jours. Par-dessus on pratiquera un léger tamponnement du vagin avec de la gaze stérile.

B. — PROCÉDÉS DIVERS. — 1° *Procédé de Courty* (1881). —

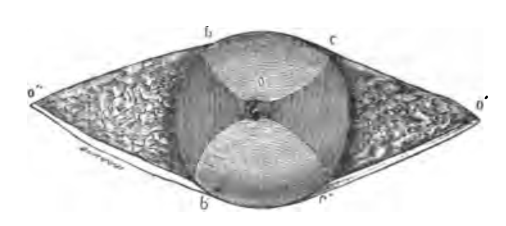


FIG. 220. — Autoplastie par formation de commissures artificielles, de Courty. — Dissection des lambeaux de muqueuse, latéraux, triangulaires *oc'o', bb'o'* (orifice ponctué ou circulaire O).

Désigné par l'auteur sous le nom d'*autoplastie par formation*

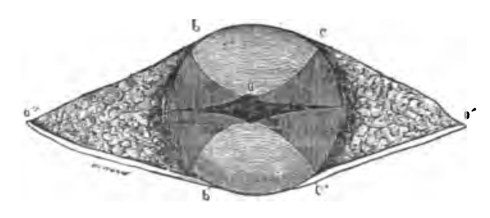


FIG. 221. — Incision bilatérale profonde, s'étendant de l'orifice étroit circulaire O, jusqu'au milieu de la base des lambeaux triangulaires *oc'o', bb'o'* (Courty).

de commissures artificielles. — Il taille des lambeaux de muqueuse triangulaires, dont le sommet répond à l'orifice utérin

(fig. 220, O), et la base (*bb'* ; *c,c'*) au cul-de-sac vaginal. Il dissèque et renverse ces lambeaux (fig. 220), puis incise le col de chaque côté dans toute sa hauteur (fig. 221). Écartant alors l'une de l'autre la lèvre antérieure et postérieure, il insi-

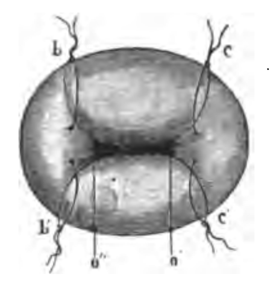


Fig. 222. — Les pointes des lambeaux *o' o''* enfoncées dans les commissures. — Quatre fils métalliques, deux en haut (*b', c'*), deux en bas (*b' c'*), retiennent les lambeaux dans les commissures (Courty).

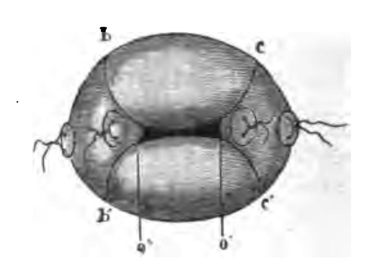


Fig. 223.— Les pointes des lambeaux (*b o'' b', c o' c'*) enfoncées dans les commissures et retenues par une suture en bouton de chaque côté (Courty).

nue dans l'angle de section chaque lambeau, en le rabattant et en le maintenant fixé, soit avec un simple fil (fig. 222), soit au



Fig. 224. — Aspect de l'orifice et de ses commissures après l'ablation des fils (Courty). — Plus on s'éloigne du moment de l'opération, plus la pointe des lambeaux est profondément attirée par la rétraction de la cicatrice et plus l'ouverture se régularise.

moyen de deux boutons de chemise reliés par un fil (fig. 223 et 224).

2° *Procédé de Dudley.* — L'utérus est, au préalable, curetté et toutes les précautions antiseptiques sont prises. On sectionne alors aux ciseaux, puis au bistouri, la lèvre postérieure sur

la ligne médiane, en dépassant l'insertion du vagin sur le col (fig. 225). Chacune des lèvres de l'incision est alors repliée sur elle-même, puis suturée avec des crins de Florence (fig. 226 et 227). Le lambeau est replié sur lui-même, de façon à unir la

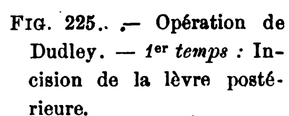



Fig. 225. — Opération de Dudley. — 1[er] *temps :* Incision de la lèvre postérieure.

partie avoisinant le museau de tanche à l'angle même de l'incision. On ampute alors partiellement la lèvre antérieure (fig. 228), de façon à lui donner la même longueur que la lèvre

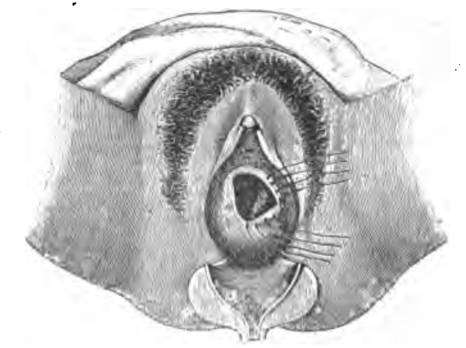


Fig. 226. — Opération de Dudley. — 2[e] *temps :* Placement des sutures sur le lambeau gauche.

postérieure raccourcie. On termine enfin l'opération, en suturant longitudinalement la plaie résultant de l'amputation de la lèvre antérieure (fig. 229), de telle sorte que le col se trouve reconstitué et regardant en arrière (fig. 230).



Fig. 227. — Opération de Dudley. — 3e *temps :* La suture du lambeau gauche est achevée et les fils sont placés dans le lambeau droit que l'on a commencé à replier sur lui-même.



Fig. 228. — Opération de Dudley. — 3e *temps :* Amputation de la lèvre antérieure du col. Les lambeaux postérieurs sont repliés et suturés.

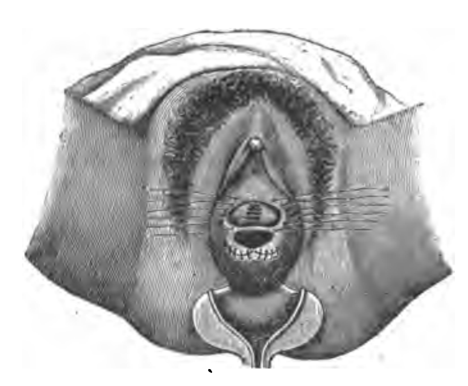


Fig. 229. — Opération de Dudley. — 3e *temps :* Les sutures postérieures sont terminées, les fils sont placés dans les moignons de la lèvre antérieure.

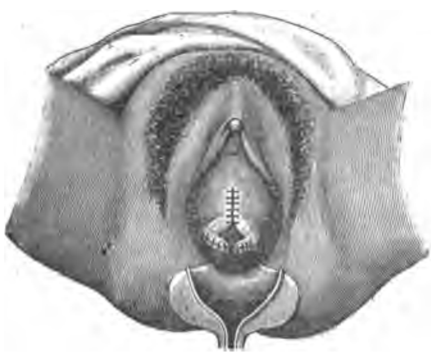


Fig. 230. — Opération de Dudley terminée.

3° *Procédé de Nourse* (1896). — Cette opération s'adresse surtout aux *antéflexions*. Dans ce cas, la face postérieure est beaucoup plus longue que l'antérieure. Saisissant le col en avant et en arrière, il pratique deux incisions latérales destinées à tailler deux lèvres, *antérieure* et *postérieure*. Les incisions sont menées aussi haut que possible sans tenir compte des artères utérines qu'on écarte si on les rencontre (fig. 231).

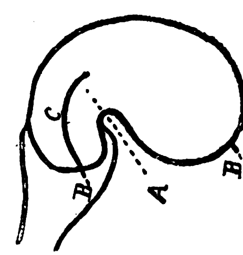


FIG. 231. — Procédé de Nourse. — A. Angle de flexion. — B. B. Points de repère montrant que la convexité est plus longue que la concavité. — C. Incision bilatérale du col jusqu'au point de flexion, destinée à supprimer la flexion.

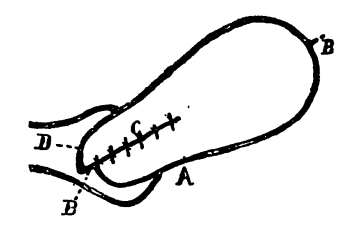


FIG. 232. — Procédé de Nourse. — Schéma montrant le redressement effectué et les distances BB rendues égales, sauf une légère saillie de la lèvre antérieure, indiquée en D.

Introduisant l'hystéromètre, la courbure en avant, suivant l'axe de flexion, on le retourne en arrière pour redresser l'utérus ; en même temps, on fixe la lèvre antérieure du col et on tire sur la postérieure, de façon à les faire glisser l'une sur l'autre. Enfin on les suture dans leur nouvelle position par des crins de Florence. La lèvre postérieure dépasse alors la lèvre antérieure ; ce qui n'a pas d'importance (fig. 232).

4° *Procédé de Pozzi.* — Il n'est autre que le procédé de Küster appliqué aux deux commissures. Le col est incisé des deux côtés ; les deux lèvres écartées pour montrer leur surface de section. On évide chaque partie avivée en enlevant un *coin* de tissu utérin (fig. 233), puis on réunit séparément chacune des quatre surfaces évidées, en adossant pas leurs faces cruentées

la muqueuse utérine, et la muqueuse vaginale du col (fi. 234).



FIG. 233. — Évidement commissural du col (Pozzi).

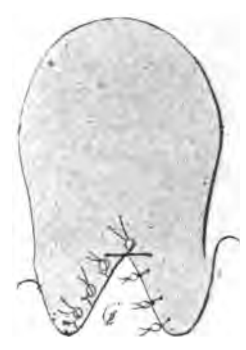


FIG. 234. — Évidement commissural du col. — Schéma montrant le résultat immédiat de l'opération. — A gauche et en bas, partie du col enlevée (Pozzi).

L'orifice externe est transformé en une fente transversale ; on a fait au col deux déchirures latérales.

5° *Procédé de Rossner* (1896). — Après avoir incisé le col

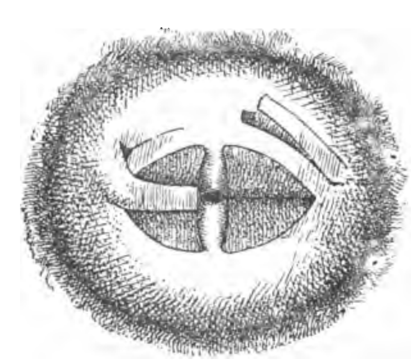


FIG. 235. — Procédé de Rossner.

de chaque côté et écarté les deux moitiés, il taille parallèlement

au cul-de-sac vaginal, un petit lambeau à base répondant à l'incision, puis il fixe ce lambeau dans la commissure (fig. 235).

6° *Procédé de A. Mars* (1897). — Ce n'est qu'une variante

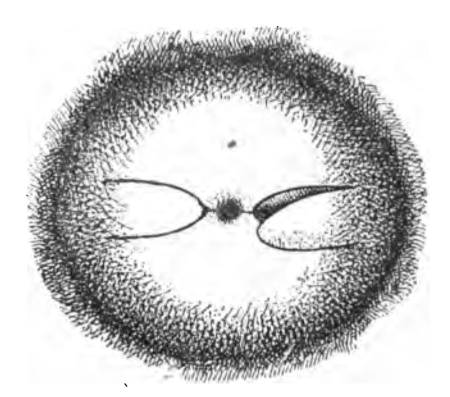
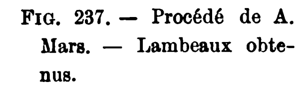


FIG 236. — Procédé de A. Mars. — Incisions bilatérales.

du procédé primitif de Courty, ainsi qu'on peut s'en rendre



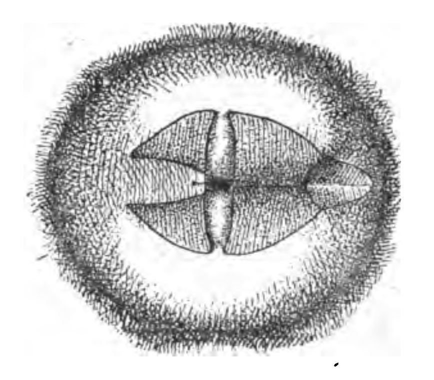


FIG. 237. — Procédé de A. Mars. — Lambeaux obtenus.

compte en examinant les figures ci-jointes (fig. 236 et 237).

7° *Procédé de Reed.* — L'utérus est curetté ; puis la lèvre postérieure du col attirée en bas et sectionnée longitudinalement jusqu'au cul-de-sac vaginal (fig. 238). On écarte les lèvres de l'incision et on pratique sur chacune d'elles la résection d'un lambeau triangulaire et prismatique, de façon que la perte

de substance porte sur la face externe du col, sans intéresser la muqueuse endocervicale (fig. 239).

On passe un fil parallèlement à la section médiane, de manière

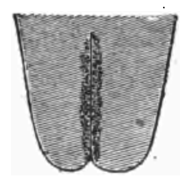


FIG. 238. — Opération de Reed. — 1[er] *temps :* Incision de la lèvre postérieure du col.

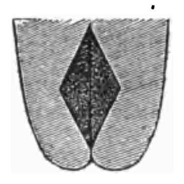


FIG. 239. — Opération de Reed. — 2[e] *temps :* Résection d'un lambeau triangulaire sur chacune des lèvres de l'incision.

à réunir transversalement chaque plaie longitudinale (fig. 240). La lèvre postérieure du col se trouve donc raccourcie par sa

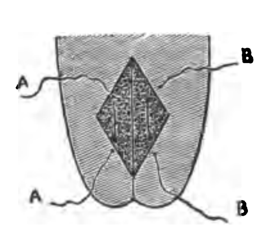


FIG. 240. — Opération de Reed. — 3[e] *temps :* Manière de passer les fils A, B (vue de face).

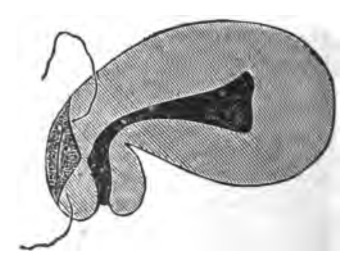


FIG. 241. — Opération de Reed. — 3[e] *temps :* Manière de passer les fils (vue de profil).

surface externe : ce qui redresse l'angle de flexion dans l'antéflexion (fig. 241).

8° *Procédé de Livet* (1897). — Le col est dilaté et abaissé jusqu'à la vulve. Le canal cervical est divisé par 4 incisions en croix. Les quatre morceaux du col sont ensuite enlevés en coin sur une hauteur de 2 à 3 centimètres. Il reste une cavité conique, dont le centre correspond à la cavité utérine. On y place un drain qu'on maintient 8 à 10 jours.

Suites. — Elles seront absolument subordonnées aux précautions d'asepsie prises pour l'opération.

Indications. — Les différentes stomatoplasties s'adressent aux *sténoses du col*, sténoses par *hypertrophie* du col, sténoses par *flexions* du corps sur le col (surtout l'antéflexion). La stomatoplastie sera donc souvent une opération complémentaire du curettage de l'utérus, au même titre que l'amputation du col, qui, dans ces mêmes cas, se trouve également indiquée.

§ 2. — Utéroplastie.

Définition. — Cette opération a pour but de remédier aux flexions de l'utérus, par une autoplastie faite aux dépens de l'organe lui-même.

Historique. — Toutes les opérations, dirigées contre les rétroflexions de l'utérus, transforment une position anormale en une autre position anormale. Von Rabenau (1886), Doyen (1897), et Elischer (1898), se sont proposés d'agir sur la forme même de l'utérus et de lui rendre son aspect normal.

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme si elle devait subir l'hystéropexie vaginale. — Les mêmes *instruments*, les mêmes aides seront nécessaires.

A. — Manuel opératoire, d'après Elischer. — La malade sera placée dans la position de la taille et l'opération commencée comme pour exécuter l'hystéropexie vaginale par le procédé de Dührssen. L'utérus sera amené à la vulve avec des pinces. On pratique une incision courbe dans le cul-de-sac vaginal antérieur, pour séparer complètement la vessie de l'utérus, puis on poursuit le décollement jusqu'au péritoine, qu'on ouvre largement. On saisit alors la lèvre antérieure du péritoine, qu'on suture immédiatement à la tranche vaginale, de façon à recouvrir la vessie et à ne plus avoir à s'en inquiéter. Le fond de l'utérus est alors saisi, basculé en avant et attiré à la vulve.

L'organe se trouve donc en antéflexion légère ; on détermine le point de la flexion ; puis au-dessous, on taille sur l'utérus un morceau en U, large de deux centimètres et demi environ et

qu'on laisse très épais au niveau de son point d'insertion. Au-dessus de la place occupée par ce lambeau et dans la même longueur que le lambeau (environ 2 centimètres), on avive la face antérieure du col. On fait ensuite glisser le lambeau sur la partie suturée du col, et on le fixe par des points de suture. Cette suture doit être faite avec soin, au moyen de soies fines.

Lorsque ce lambeau est suturé, la rétroflexion se maintient corrigée. On refoule alors l'utérus dans le péritoine, on suture la cavité péritonéale, puis l'incision vaginale, et on termine par un tamponnement du vagin.

B. — Procédés divers. — 1° *Procédé de von Rabenau* (1886). — Il incise le col de chaque côté, sur une hauteur d'un centimètre. Il ouvre ensuite le cul-de-sac antérieur, sépare la vessie de l'utérus. Il fait abaisser le col, puis excise la paroi antérieure de l'utérus dans une étendue de 4 centimètres environ, en laissant le col intact. Il suture ensuite la plaie utérine de haut en bas, pour obtenir un raccourcissement de la face antérieure de l'organe. Il s'y prend de la façon suivante. Une aiguille montée traverse la paroi vaginale antérieure près de l'incision ; elle franchit l'étendue de la plaie utérine, traverse ensuite la paroi antérieure de l'utérus, près de la section, ressort dans la cavité utérine ; enfin elle est attirée par le museau de tanche. En serrant le fil, on abaisse le fond de l'utérus près de l'incision vaginale et, en même temps, on refoule le col vers la partie descendue de l'utérus. On place d'autres fils sur les côtés, et on termine enfin l'opération en suturant de chaque côté les incisions latérales faites au col.

2° *Procédé de Doyen* (1897). — L'opération varie, suivant qu'il s'agit d'une rétroflexion ou d'une antéflexion.

a) Rétroflexion. — Le cul-de-sac péritonéal est ouvert comme pour le premier temps de l'hystérectomie vaginale ; l'utérus est fortement abaissé : ce qui le redresse. On place alors une forte soie dont les deux chefs sont armés d'une aiguille courbe à chas fendu. Une des aiguilles est enfoncée dans le tissu utérin, au niveau de la face séreuse de l'utérus, à 3 millimètres de profondeur, et de gauche à droite, faisant un

trajet de 15 millimètres (fig. 242); 15 millimètres plus bas, dans

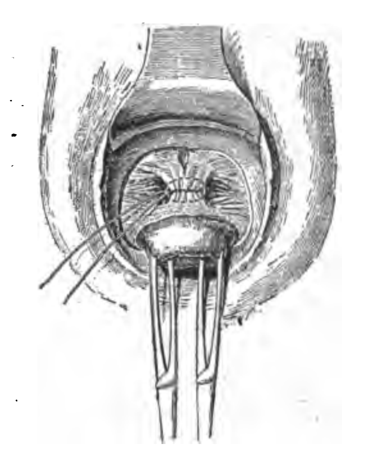


FIG. 242. — Procédé de Doyen. — Le premier fil est noué.

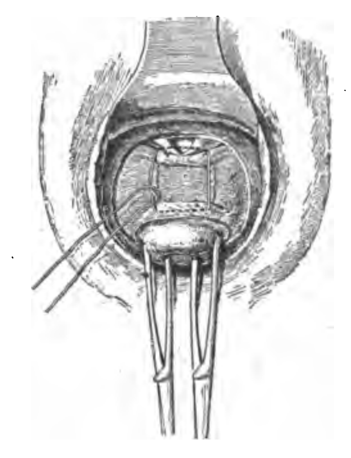


FIG. 243. — Procédé de Doyen. — Le premier fil est serré et noué.

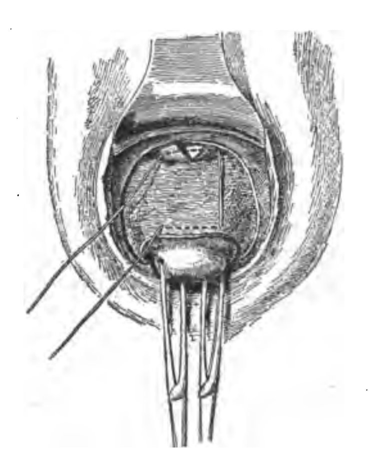


FIG. 244. — Procédé de Doyen. — Le cul-de-sac péritonéal antérieur est ouvert. Application du premier fil.

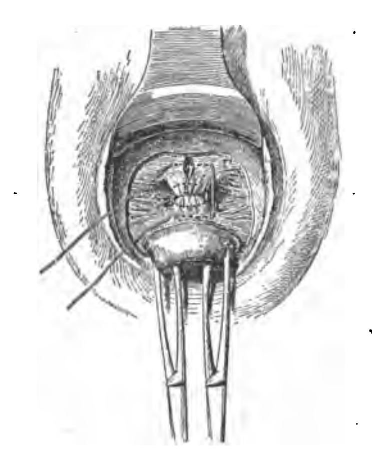


FIG. 245. — Procédé de Doyen. — Application du deuxième fil.

la portion sus-vaginale du col, la deuxième aiguille est intro-

duite dans le même sens. Il suffit dès lors de nouer le fil à droite (fig. 243), pour rapprocher les tissus compris dans l'anse du fil et raccourcir la face antérieure de l'utérus (fig. 244). Pardessus ce premier fil, on en place un deuxième plus haut et plus bas, et auquel, si on le juge à propos, on peut faire prendre latéralement le bord interne des ligaments larges. On termine l'opération en suturant la plaie vaginale avec un crin de Florence (fig. 245).

b) Antéflexion. — Dans ce cas on ouvre le cul-de-sac de Douglas. On place un fil abaisseur dans la face postérieure de l'utérus, de façon à rendre accessible l'angle de flexion, puis on place un premier fil comme précédemment, en introduisant l'aiguille aussi haut que possible, dans la face postérieure de l'utérus. Par-dessus ce premier fil on en place un second, qui prend en même temps les bords adhérents des ligaments larges.

Suites. — Les suites immédiates seront très simples, si l'opération a été conduite aseptiquement. On n'observe pas de *troubles dans la miction*, ou ils sont absolument passagers. Enfin, pour plus tard, cette opération ne paraît pas devoir entraver la grossesse.

Indications. — Cette opération n'a encore été employée que contre les *rétroflexions* de l'utérus.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séances de juin, juillet, octobre 1898.

DOLÉRIS. **Psychoses systématisées chez la femme à la suite d'opérations pratiquées sur l'appareil génital.** — L'auteur relate un certain nombre d'observations de troubles psychiques, concernant des femmes qui avaient subi une ou plusieurs opérations sur les organes génitaux. Troubles psychiques consistant en des idées complètement fausses

mais toujours se rapportant à la sphère génitale. L'une d'elles, par exemple, se figurait qu'elle n'avait plus d'organes génitaux externes, une autre que les orifices du vagin, de l'urèthre, du rectum, étaient obstrués, etc. Une étude minutieuse dans les antécédents directs ou indirects de ces malades ne révéla pas l'existence de vésanies réelles, mais pourtant une prédisposition spéciale aux accidents observés (arthritisme, nervosisme exagéré, neurasthénie, etc.).

Discussion. — En dehors de ces psychoses systématiques, très circonscrites, tournées en quelque sorte exclusivement vers la zone génitale et qu'a visées M. Doléris, il en est d'autres qui ont aussi un point de départ utérin. Charpentier cite le cas d'une dame qui s'accusait d'avoir, sans raison aucune, pris en horreur mari et enfants, et chez laquelle il suffit de relever l'utérus avec un pessaire pour faire disparaître ces idées. Porak, celui d'une femme déclarant avoir perdu le sens de l'équilibre, mais le retrouvant à la condition qu'elle ait un tampon dans le vagin. Poitou-Duplessy a vu des troubles psychiques survenir chez une femme récemment accouchée, troubles qui s'amendèrent dès qu'on procéda à l'évacuation de la vessie qui se vidait mal. La conclusion, c'est *qu'il faut, avant d'opérer, se préoccuper de l'état mental de ses clientes.*

Loviot. **Rétention d'un placenta abortif pendant 101 heures, sans accidents. Antisepsie. Injections intra-utérines chaudes au permanganate de potasse. Administration du sulfate de quinine. Expulsion spontanée des annexes. Suites normales.** — L'auteur pense que, sauf indications précises (arrière-faix déchiré, hémorrhagie, etc.), il n'y a pas lieu de s'obstiner à extraire un arrière-faix resté intact *in utero*. Une antisepsie rigoureuse, externe, vaginale et utérine, permet d'espérer, dans ces conditions, l'expulsion spontanée du délivre. Il est aussi d'avis qu'il vaut mieux ne pas employer pour les irrigations intra-utérines le sublimé dont la répétition et même l'usage modéré, surtout si le fonctionnement du rein n'est pas parfait, peut provoquer une intoxication rapide et des plus graves.

Jouin. **Anomalies du système génital. Absence d'utérus et d'ovaires. Vagin insuffisant. Dilatation avec un appareil en caoutchouc. Présentation de l'appareil.** — La longueur d'un vagin, de seulement 5 centimètres, peut être doublée, par l'application de cet appareil toutes les nuits pendant quelques semaines.

FOURNIER. **Cinq bassins rétrécis transversalement (sans ankylose chez des femmes rachitiques).** — A trois observations de bassins transversalement rétrécis, sans ankylose sacro-iliaque, déjà publiées (1), l'auteur en ajoute deux autres qu'il résume ainsi : *a*) Ipare, 24 ans ; taille 1 m. 42 ; stigmates de rachitisme. Diamètres du bassin : bisépineux 23 ; bisiliaque 26 ; bitrochantérien 28 ; biischiatique 8 ; bisciatique 7,5 ; sacro-pubien 18. *Promontoire inaccessible*, O. I. G. P. Accouchement spontané rapide. Enfant vivant de 3,400 gr. dont le S. O. B. mesurait seulement 9 centim. et le bipariétal 9 cent. et demi. — *b*) IIpare, 26 ans ; taille 1 m. 37 ; stigmates de rachitisme. Diamètres pelviens : bisépinéux 21 ; bisiliaque 24 ; bitrochantérien 29 ; biischiatique 8 ; sacro-pubien 17. *Promontoire inaccessible*, O. I. G. A. Accouchement spontané, long, enfant vivant, 2,950 grammes.

Au résumé, rétrécissement d'origine rachitique, bassins rachitiques transversalement rétrécis, type de sténose pelvienne rachitique peu connue qui mérite d'être classée à part et à côté du type si commun du bassin plat rachitique. Pourquoi dans le premier cas, le rachitisme, au lieu d'agir, ce qui est son fait habituel, sur les diamètres antéro-postérieurs, réduit-il les transverses? L'auteur hasarde cette explication, que le rétrécissement transversal correspond peut-être à un rachitisme *tardif*, qui agirait, la jeune fille étant debout, par l'intermédiaire de la pression des fémurs, tandis que le rachitisme précoce s'exprimerait par les déformations antéro-postérieures, effets des pressions s'exerçant d'arrière en avant, l'enfant, en général, restant couché.

En ce qui concerne la conduite à suivre en cas de grossesse avec un rétrécissement de cette variété, les faits ne permettent pas de la préciser. A terme, le cas échéant, on a la ressource de la symphyséotomie, de l'opération césarienne, etc. Le mieux est d'attendre le travail et de s'inspirer des conditions propres à chaque cas.

DOLÉRIS et MACREZ. **Endo-papillome de la trompe à évacuation intra-péritonéale intermittente.** — Ce serait la cinquième observation de cet ordre (deux autres de Doléris, deux de A. Doran). Tumeurs constituées par des végétations en chou-fleur de la muqueuse tubaire, *bénignes,* qui sécrètent une quantité plus ou moins abondante de liquide, lequel est susceptible de se décharger brusquement soit dans le ventre par l'ori-

(1) La première en date, communiquée par MAYGRIER à la *Soc. obst. de France* en avril 1896, les deux autres fournies par M. FOURNIER et publiées par M. BRULIN. Thèse, Paris, 1898.

fice externe de la trompe, soit, ce qui paraît beaucoup plus rare (un seul cas jusqu'ici), par l'orifice utérin, *vomique utérine*. Le cas actuel concerne une femme de 31 ans, chez laquelle Doléris put constater la présence d'une tumeur tubaire, située à droite, remontant en haut jusque sous le foie et proéminent dans le bassin, qui, à trois reprises, s'effaça subitement, en même temps que survenaient des douleurs abdominales violentes, et se reforma. La laparotomie permit d'enlever une tumeur du volume d'une grosse noix de coco, évidemment constituée par la trompe ; elle contenait une certaine quantité d'un liquide jaune citron, filant, sirupeux et rempli de grains papillomateux.

PORAK. **Rigidité probablement cicatricielle du col de l'utérus. Accouchement prématuré. Présentation de l'épaule avec procidence du cordon. Version. Rupture utérine complète. Laparotomie. Guérison.** — Femme de 33 ans, 8 grossesses antérieures, les cinq premières à terme. Ce qu'il y a de plus intéressant dans le passé de cette femme, si l'on considère les accidents qu'elle a présentés à l'occasion de son dernier accouchement, survenu à sept mois, c'est qu'entre ses grossesses, et pour des accidents sérieux, elles a subi plusieurs opérations sur l'utérus, des curettages et une intervention sanglante sur le col ; malheureusement, on n'a pas de renseignements précis sur cette dernière opération. Dernier accouchement, à sept mois, particulièrement laborieux, prolongé. Enfant en présentation transversale qu'on ne put réduire. Les douleurs du travail, après avoir duré environ vingt-quatre heures, s'arrêtèrent, bien que l'œuf fût rupturé et qu'il se fût écoulé une certaine quantité de liquide amniotique. Après un intervalle d'accalmie, reprise du travail. Quelques heures plus tard, on constatait le non effacement du col et le prolapsus d'une anse du cordon, lequel était dépourvu de battements ; quant à l'état de la femme, il devenait de plus en plus précaire (grande faiblesse, pouls petit, fréquent, etc.). On essaie, sans succès d'ailleurs, de verticaliser le fœtus ; le col, particulièrement dur, empêche de réaliser cette manœuvre. Enfin, le troisième jour, qui suit la reprise du travail, une intervention s'impose. Certains symptômes permettant de craindre l'existence d'une rupture de la matrice, existence vérifiée d'ailleurs au cours de la version podalique que pratique M. Porak. Déchirure transversale, située au niveau du segment inférieur de l'utérus, en arrière et à gauche, déchirure qui se complique d'une autre déchirure verticale qui se produit au cours de l'extraction particulièrement laborieuse de l'enfant. Déli-

vrance artificielle, extraction du placenta qui était passé dans la cavité abdominale. Au cours de ces manœuvres, on reconnait que l'épiploon fait hernie dans le canal utéro-vaginal. Dans ces conditions, M. Porak fait la laparotomie qui met en évidence une double déchirure du péritoine, l'une en avant, l'autre en arrière du ligament large et qui communiquent toutes les deux à la base de ce ligament. Suture aussi soigneuse et aussi complète que possible des deux déchirures séreuses, mais sans tentative de suturer les déchirures de la paroi utérine. Fermeture du ventre, emploi des stimulants et analeptiques (injections de caféine, d'éther, de sérum artificiel, etc.). *Suites de couches* très mouvementées (fièvre, accidents au niveau de la plaie abdominale, lochies très fétides, phénomènes graves d'embolie pulmonaire, etc.); *guérison*. Accouchée le 25 août, la femme, complètement remise, quittait la Maternité vers la mi-octobre.

M. Porak met en relief deux points : 1° Le rôle qu'a pu jouer, dans la rigidité du col, l'acte chirurgical, non précisé, pratiqué sur cet organe plusieurs années auparavant; 2° le traitement dirigé contre la rupture utérine, traitement qui lui a permis de sauver la malade. Sous ce dernier point de vue, il incline à réserver l'opération de Porro pour les cas où il s'agit d'un utérus infecté. « Dans les cas où la femme n'est pas infectée, dit-il, mieux vaut recourir à l'affrontement aussi exact et aussi étendu que possible des bords séparés du péritoine, sans comprendre le muscle dans les points de suture, car il y aurait peut-être imprudence à vouloir réunir les bords hachés et irréguliers de la déchirure de la musculaire utérine. »

Discussion. — Indépendamment des points intéressants mis en relief par M. Porak, Labusquière en voit un troisième dans le traitement prophylactique de la rupture utérine. Étant donnés la longueur de l'accouchement, l'état précaire de la femme, etc., n'y avait-il pas indication à tenter de vaincre, par une des méthodes de dilatation dont on dispose, la résistance du col? Charpentier, insistant sur l'ensemble des conditions observées, prolongation du travail, présentation transversale et mort du fœtus, pense aussi que l'indication dans ce sens était nette. Quant à l'autre point, influence de l'opération antérieure sur la rigidité du col, Bonnet, Petit, Nitot sont d'avis que les opérations pratiquées sur le col, à condition qu'on s'applique à obtenir une réunion par première intention et un orifice externe large, ce qui est possible, en plaçant bien ses sutures, ne produisent pas des tissus cicatriciels capables de devenir plus tard cause de dystocie. Loviot fait, dans ce sens, cette remarque inté-

ressante que d'après une observation personnelle, il lui a paru au contraire que ces interventions sur le col pouvaient plutôt, par une déhiscence exagérée de l'orifice externe, prédisposer à un accouchement prématuré.

Porak, après avoir constaté qu'actuellement, en effet, on tend davantage à employer les diverses méthodes de dilatation du col, souligne que, par sa situation dans une maternité destinée à l'enseignement des sages-femmes, il est plus tenu à rester fidèle aux vieux principes de patience et de prudence. Il a d'ailleurs l'impression que, dans le cas actuel, de semblables tentatives eussent amené une déchirure du col. Il est d'ailleurs décidé à suivre les méthodes nouvelles, si des faits positifs et heureux viennent les justifier. R. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Deux cas de molluscum de la grande lèvre, par le Dr H. Morestin.

1° Mme M..., âgée de 71 ans, est entrée le 15 avril 1898, à l'hôpital Necker, salle Lenoir, n° 4.

Elle porte, appendue à la grande lèvre gauche, par un long pédicule, une tumeur du volume des deux poings. La partie inférieure de cette masse descend jusqu'au genou, et le tout simule un battant de cloche très renflé à son extrémité libre. La tumeur est piriforme, et se continue sans ligne de démarcation avec le pédicule, de même qu'aucune limite précise ne peut être établie entre ce dernier et les téguments de la grande lèvre. Le cordon formé par le pédicule est du volume du pouce. Cinq ou six grosses veines font saillie à sa surface, et en le palpant on perçoit des battements qui indiquent la présence dans son épaisseur d'une artère très volumineuse. La tumeur, d'un blanc grisâtre, est lisse, homogène, demi-molle. Son quart inférieur est ulcéré, et laisse suinter en abondance un liquide séro-sanguinolent. Deux ou trois larges plaques sphacélées se dessinent sur cette partie de la tumeur. Il y a plus de dix ans que la malade a constaté la présence de cette tumeur. Un peu gênée par son poids considérable, elle a pris l'habitude de la relever et de la porter maintenue contre son ventre par la ceinture de sa robe. Le diagnostic de molluscum ne saurait faire de doute un seul instant, et les grandes dimensions de la tumeur constituent son principal intérêt clinique.

L'état d'ulcération et de sphacèle de la partie inférieure commande l'ablation sans retard. Cette intervention a été fort simple. La tumeur détachée d'un coup de ciseaux, l'artère liée, il a suffi de quatre points de suture pour réunir la plaie, dont la guérison a été obtenue en quelques jours. Cette vieille femme présentait depuis longtemps des troubles mentaux, qui ont persisté après l'opération et ont nécessité son transport à Sainte-Anne le 9 mai 1898.

2° Mme X..., entre à Necker, salle Lenoir, 24 *bis*, le 1er juin 1898, pour une violente contusion de la région pubienne et de la vulve par coup de pied.

Au bout de quelques jours le gonflement et les ecchymoses diminuèrent et finalement disparurent. Mais cette femme portait précisément à la grande lèvre droite un molluscum du volume d'un gros œuf.

Depuis trois ou quatre ans elle laissait grossir paisiblement la tumeur qui ne lui causait aucune gêne. Son pédicule s'était infiltré du sang épanché dans les tissus voisins sous l'influence du traumatisme, mais il n'en était résulté aucune modification de la tumeur. L'occasion décida la malade ; et elle-même réclama l'ablation. Un coup de ciseaux, un point de suture et tout fut dit. La tumeur, homogène, demi-molle, flasque, légèrement flétrie, ressemblait un peu à un petit scrotum. L'examen microscopique, comme dans le cas précédent, a montré qu'il s'agissait de fibrome mou, d'origine dermique.

Double hernie congénitale des trompes, sans hernie de l'ovaire, par PIERRE WIART, aide d'anatomie des hôpitaux.

Sur un sujet féminin, âgé de 2 mois et demi, trouvé à l'amphithéâtre de Clamart, nous avons constaté une disposition anormale très rare des trompes droite et gauche.

Après ouverture de l'abdomen, l'utérus apparaît fortement dévié à droite, et la vessie légèrement rejetée à gauche. La corne utérine droite regarde en avant et à droite vers l'orifice abdominal du canal inguinal. L'ovaire, placé à cheval sur le détroit supérieur, n'atteint pas cet orifice ; au contraire, le ligament rond, la trompe, et le ligament tubo-ovarien s'engagent à son intérieur. Le ligament rond est en dedans presque complètement entouré de péritoine ; il ne tient à l'anneau inguinal que par une sorte de méso.

La trompe et le ligament de l'ovaire sont libres de toute adhérence. L'ovaire et la trompe sont sains.

A gauche, le péritoine s'enfonce également dans le canal inguinal et le ligament rond s'en entoure comme de l'autre côté; de plus, l'orifice est obturé par une petite portion du pavillon qui s'y engage et y joue librement. L'ovaire et la trompe sont sains.

A l'extérieur, rien d'apparent avant la dissection ; pas de tumeur d'un côté ou de l'autre.

Après avoir enlevé la peau on constate de chaque côté l'existence

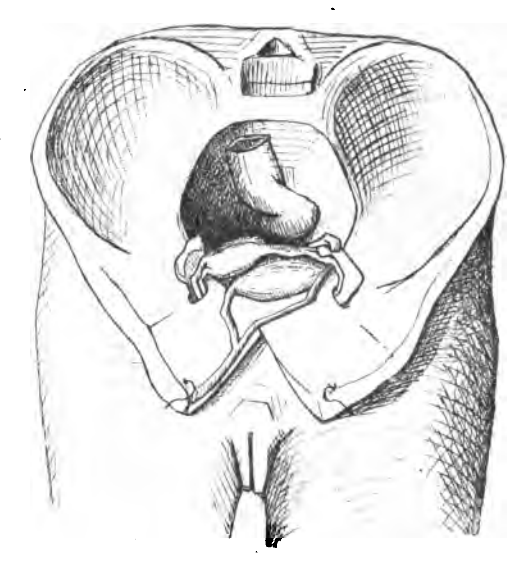


FIG. 1.

d'un sac péritonéal, du volume d'un gros grain de blé, sortant par l'orifice inguinal externe ; le sac du côté droit est un peu plus volumineux que celui du côté gauche. La partie postéro-interne de ce sac est épaisse et tapissée d'un tissu rougeâtre d'aspect musculaire, constitué par l'épanouissement du ligament rond qui s'est peu à peu dégagé du péritoine et s'est étalé sur cette portion du sac.

A gauche, le sac est vide, la portion herniée du pavillon de la trompe n'atteint pas l'orifice externe.

A droite, la trompe est allongée dans le sac et oblique en bas et en dedans, et libre de toute adhérence, tournant en dehors son bord supérieur, tandis que le pavillon qui occupe le point le plus bas de la portion

herniée regarde en dedans et en arrière. Enfin la trompe est restée unie à l'ovaire par le ligament tubo-ovarien très allongé.

Il n'y avait aucune autre malformation congénitale.

C'est donc un cas net de hernie congénitale de la trompe droite avec lésion identique à son début, à gauche. Et l'observation en est intéressante à plus d'un titre.

Tout d'abord, la hernie a été trouvée *sur une enfant de 2 mois et demi*, et c'est le premier cas de la sorte, puisque jusqu'ici, nous dit le professeur Berger dans son tout récent article sur ce sujet (1), « les malades observées étaient toutes des adultes ».

La hernie est certainement *congénitale*. Or, au dire du même auteur,

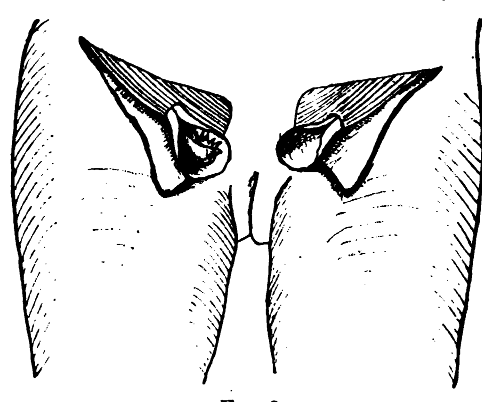


FIG. 2.

toutes les hernies de la trompe connues jusqu'ici sont « probablement toutes des hernies acquises ».

Elle est *double* (bien qu'à gauche, il est vrai, elle soit tout à son début) ; il n'en a point été signalé de pareilles.

Elle est enfin *inguinale*, tandis que les crurales dominent dans ce cas (Lejars) (2) ; par contre, la plus prononcée est à droite, ce qui rentre dans la règle.

En second lieu, l'existence de lésions pareilles à droite et à gauche, mais à un degré différent d'évolution, est du plus haut intérêt. Si l'on

---

(1) *Traité de chirurgie*, 2e édit., t. VI.

(2) *Revue de chirurgie*, 1893.

rapproche, en effet, ces faits de deux autres cas de hernie congénitale de la trompe et de l'ovaire apportés, l'an dernier, à la Société par Launay et par nous (1), l'on y verra, figurés d'une façon presque schématique, trois stades successifs d'une hernie *complète* (ovaire et trompe) des annexes de l'utérus, depuis la phase de début (engagement du pavillon seul) jusqu'à l'achèvement complet du processus (trompe et ovaire hors de l'abdomen), en passant par le stade intermédiaire (trompe sortie tout entière, ovaire prêt à s'engager). Ainsi parait prouvée, de façon irréfutable, l'exactitude de l'hypothèse depuis longtemps émise par Cruveilhier (2) : la hernie de la trompe précède toujours celle de l'ovaire.

Enfin, l'épanouissement du ligament rond sur le sac, et surtout la constatation d'un sac vide à gauche, préexistant pour ainsi dire à la hernie, sont des faits importants en faveur de l'existence d'un prolongement péritonéal accompagnant chez le fœtus le ligament rond de ce canal de Nuck, encore aujourd'hui contesté par certains.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique obstétricale, par A. Pinard, professeur de clinique obstétricale à la Faculté, etc., in-8° raisin de VIII-532 pages. G. Steinheil, éditeur.

Sous ce titre, M. le professeur Pinard a réuni un certain nombre de leçons, conférences et communications faites depuis qu'il a pris la direction de la Clinique Baudelocque en 1889. Tous ceux qui s'intéressent aux choses de l'obstétrique lui en seront reconnaissants.

Nous regrettons de ne pouvoir analyser ici tous les sujets exposés dans ce livre, mais il nous suffira, pour montrer son grand intérêt et le fruit que l'on tirera de son étude, de signaler les points qui y sont plus particulièrement traités. C'est d'abord, sur l'*insertion vicieuse du placenta*, quatre leçons où M. Pinard expose et précise sa méthode de

---

(1) Launay et Wiart. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1897.

(2) Cruveilhier, cité par Dolbeau. *Soc. anat.*, 1854, p. 72.

traitement. On y voit qu'au point de vue des résultats maternels, elle n'est, à l'heure actuelle, surpassée par aucune des autres, sur lesquelles elle l'emporte si l'on considère le sort des enfants. Deux leçons ont trait aux *grossesses ectopiques* dans l'histoire desquelles M. Pinard a jeté tant de clarté, montrant qu'elle est autant sinon plus obstétricale que chirurgicale. Il y indique la conduite qu'il tient en pareil cas et qui lui a donné les beaux résultats que l'on sait. Près de deux cents pages sont consacrées à la *symphyséotomie*. Cette partie de l'ouvrage présente un intérêt tout particulier. Après la leçon faite par M. Pinard le 7 décembre 1891, où il expose les raisons qui le déterminèrent à rapatrier l'opération de Sigault, on trouvera toutes celles qu'il a faites chaque année depuis sur ce sujet. Il y donne l'observation détaillée de toutes les femmes opérées dans son service, étudiant, disséquant ces observations et montrant quel est l'enseignement qui doit s'en dégager. Citons encore les leçons sur l'*ischio-pubiotomie*, sur l'*appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité* et les belles pages qui traitent de la *puériculture* et de l'*assistance des femmes enceintes*. On verra dans ces dernières que chez M. Pinard, à côté de l'homme de science sans cesse en quête de progrès, il y a l'homme de cœur qui ne peut assister impassible aux misères dont il est chaque jour le témoin. Lisez la réponse à M. Bertillon, où il parle en termes si saisissants des droits de l'enfant à sa mère et des droits de la mère à son enfant. Lisez la conférence qu'il fit à la Sorbonne en 1891 et où il adresse en faveur des femmes enceintes abandonnées un si vibrant appel à la solidarité humaine. Vous y trouverez du bon, du vrai socialisme auquel voudront s'associer tous les esprits véritablement généreux.

L. Funck-Brentano.

Leçons cliniques sur la syphilis. E. During, traduit par le Dr L. Derville. Paris, 1898.

Cet ensemble de leçons constitue un véritable traité de pratique qui, de ce fait, peut rendre de réels services aux médecins. Mais outre les notions d'application journalière, il contient les éclaircissements que pouvaient apporter dans certains points restés obscurs de l'étude de la syphilis, les acquisitions importantes faites grâce aux recherches bactériologiques, à la connaissance des toxines et des antitoxines, etc. dans le domaine des maladies infectieuses. Nous signalerons plus particulièrement, ici, les chapitres où l'auteur traite de la syphilis héréditaire: a) *germinative*, ovulaire et spermatique ; b) par infection placentaire ;

de la syphilis conceptionnelle,etc., et des interprétations dont sont justiciables les rares faits qui paraissent tenir en échec les lois de Colles et de Profeta. R. L.

Einige Fälle von Schussverletzung der schwangeren Gebärmutter, par von Dr T. Neugebauer. Extrait de *München. medic. Woch.*, n° 19, 1897.

Dans cet article sur les plaies par arme à feu de l'utérus gravide, l'auteur rapporte un cas qu'il a observé avec le Dr Wrzesniowski chez une paysanne de 34 ans qui avait reçu, étant enceinte de 8 mois, un coup de pistolet chargé à plombs, tiré, en jouant, par son mari.

La malade, amenée à l'hôpital de Czentoschau environ 10 heures après l'accident, y fut opérée au bout de 3 heures par Wrzesniowski. Laparotomie médiane ; vaisseaux du péritoine injectés : on place un lien élastique à la base de l'utérus, on agrandit la perforation faite par le coup de feu qui siégeait à environ deux travers de doigt au-dessous de l'insertion utérine de la trompe droite. Il y a dans l'utérus 3 ou 4 cuillerées à soupe de liquide amniotique. Ablation du fœtus et du placenta ; au moment où on enlève le placenta, trois grains de plomb tombent. Résection cunéiforme de l'orifice de la blessure ; suture de l'incision utérine par trois étages de points séparés à la soie. Ablation du tube élastique, toilette du péritoine, suture de la paroi à deux étages. L'opération dura deux heures et fut faite aseptiquement.

Le cadavre du fœtus portait une blessure de trois quarts de centimètre à gauche entre les dernières côtes et la crête de l'os iliaque. De même à gauche sur la partie antérieure du thorax, entre la deuxième et la troisième côte, on aperçoit trois petits trous de la grosseur d'un pois. A l'ouverture du cadavre de ce fœtus on trouve le péricarde déchiré et plein de sang ; la pointe du cœur est lacérée et le doigt peut entrer dans le ventricule gauche où l'on trouve une bourre en papier ; les deux oreillettes sont détruites également. Dans le péritoine le lobe gauche du foie est atteint et on y trouve un grain de plomb. Les suites opératoires furent compliquées par la suppuration de la ligne des sutures utérines, si bien qu'on fut forcé secondairement de faire une hystérectomie abdominale à pédicule externe. Ensuite la malade se rétablit et est actuellement absolument guérie.

Ensuite Neugebauer fait un historique rapide de cette question et cite les cas de Bradley, Milner, Hays, Pozzi, Kehr, Prichard et Hohl.

P. Lecène.

Erfahrungen über vaginale Bauchschnitt-Operationen, par D. Löhlein. (Extrait de *Gynäkolog. Tagesfragen.* Heft. V, 1898). Wiesbaden.

Du 1er octobre 1895 au 1er octobre 1897, Löhlein est intervenu 42 fois par la voie vaginale pour des opérations abdominales. Il a fait sur ces 42 opérations :

15 ovariotomies ;
2 ovariotomies avec hystérectomie totale préalable ;
4 opérations conservatrices sur les ovaires avec incision exploratrice du Douglas ;
5 myomotomies ;
2 opérations pour rétroflexion ;
6 incisions pour péritonite tuberculeuse ;
2 incisions pour ascite double cancéreuse du péritoine ;
4 salpingotomies ;
2 hématocèles, dont 1 combinée avec 1 laparotomie.

« L'impression d'ensemble, dit l'auteur, qui se dégage de ces opérations, est que la voie vaginale dans des opérations abdominales est une conquête très importante et très fertile en succès pour la thérapeutique gynécologique. » Les avantages de la méthode sont pour lui : le moindre danger d'infection déjà signalé par Dührssen ; ainsi que le moindre choc sur lequel Olshausen attira également l'attention ; l'écoulement facile et complet du liquide contenu dans le péritoine ; la possibilité de combiner avec l'intervention intrapéritonéale toute une série d'opérations variées sur l'utérus, le périnée, le vagin, point déjà signalé par Pichevin, mais il faut aussi voir les points faibles des interventions par le vagin : l'étroitesse de ce conduit, surtout chez les vieilles femmes ou les vierges, qui rend parfois les interventions pénibles ; la grosseur des tumeurs à enlever, mais on a ici le morcellement ou la ponction s'il s'agit d'un kyste ; de même les tumeurs haut situées ou adhérentes, et que l'on ne peut abaisser sont une contre-indication à la voie vaginale ; le danger de ne pas pouvoir arrêter une hémorrhagie provenant par exemple d'un néoplasme para-utérin, ne doit pas être non plus passé sous silence. Pour toutes ces raisons, Löhlein, toutes les fois qu'il intervient par le vagin, fait faire l'asepsie la plus rigoureuse de la paroi abdominale, comme pour une laparotomie. Et pendant l'opération per vaginam, il fait mettre sur le ventre de la malade une large compresse trempée dans la liqueur de Van

Swieten, de façon à ce que l'opérateur puisse faire du palper bimanuel même pendant l'opération, sans se salir les mains.

Quant aux opérations mêmes pratiquées par cette voie, l'auteur insiste surtout sur ses ovariotomies vaginales, une en particulier où il s'agissait d'une femme enceinte ; la guérison fut parfaite et l'opération ne troubla en rien l'évolution de la grossesse. L'auteur insiste aussi sur la colpotomie postérieure dans la péritonite tuberculeuse avec ascite et dit en avoir retiré les meilleurs effets qu'il attribue à la facilité et à la sécurité de l'intervention, ainsi qu'au drainage plus complet par cette voie.

D'ailleurs l'auteur ne veut pas ériger la colpotomie postérieure en traitement de choix de la péritonite tuberculeuse et fait simplement remarquer que dans certains cas elle est préférable à la laparotomie ordinaire. De même la colpotomie peut rendre des services comme voie exploratrice en cas d'ascite de nature douteuse. P. Lecène.

Wann sind die Falschlagen der Gebärmutter Gegenstand der Behandlung, par Löhlein. Extrait de *Gynækologische Tagesfragen.*, V Heft, 1898.

Dans cet article sur l'opportunité du traitement des déviations de l'utérus, l'auteur restreint la question à l'antéflexion et à la rétroflexion : Pour l'antéflexion, « qui mérite à peine le nom de maladie » (Kustner), mais qui peut néanmoins causer quelquefois des troubles de la menstruation (oligoménorrhée, dysménorrhée), l'auteur recommande surtout un traitement médical destiné à combattre l'anémie et l'asthénie, et quelquefois de faire de la dilatation du col avec une laminaire ou bien de la discission. Pour la rétroflexion, affection beaucoup plus sérieuse, il est très difficile, dit l'auteur, de séparer les cas justiciables d'un simple traitement médical et ceux où une intervention chirurgicale est nécessaire. Il envisage le traitement de la rétroflexion : 1° chez les jeunes filles et jeunes femmes, 2° chez les femmes qui ont passé la ménopause, 3° dans les cas d'utérus très adhérent et très solidement fixé.

Chez les jeunes filles et jeunes femmes, Löhlein recommande de mettre un pessaire sous le chloroforme après réduction de la déviation ; si ce traitement ne réussit pas, il faudrait, si la rétroflexion est réellement pathologique, avoir recours à l'opération d'Alexander ou à la vaginofixation. Chez les femmes âgées où la rétroflexion est souvent

associée à d'autres lésions, surtout le prolapsus, il faut surtout traiter cette dernière affection, la rétroflexion passant au second plan. Si enfin la rétroflexion existe dans un utérus très adhérent, soit en avant, soit surtout en arrière contre le sacrum, ce qu'il vaut mieux, dit Löhlein, c'est s'abstenir. P. Lecène.

Des grossesses utérines survenant après la grossesse extra-utérine, par le Dr L. Funck-Brentano. Thèse de Paris, 166 pages avec figures, G. Steinheil, éditeur, 1898.

Le travail du Dr Funck comprend deux parties distinctes. La première est réservée à l'histoire d'une femme qui, après 7 grossesses utérines, présenta tous les signes d'une grossesse ectopique. Celle-ci évolua assez péniblement jusqu'au terme. Après le faux travail et la mort de l'enfant, sa santé redevint bonne et, six ans après, elle mena presque à terme une grossesse utérine qui se termina spontanément après un travail un peu long, par l'expulsion d'un enfant vivant de 2,350 gr. La présence du kyste fœtal extra-utérin n'avait gêné ni la grossesse ni le travail. Quatre ans plus tard, elle mourait d'une carcinose généralisée ayant son point de départ dans le col utérin. A l'autopsie, le Dr Funck-Brentano retrouva dans le petit bassin et la fosse iliaque gauche, le kyste fœtal dont les parois constituées par la trompe distendue recouvraient entièrement un fœtus tassé en hyperflexion, admirablement conservé. L'analyse clinique, les examens anatomiques macroscopiques, méthodiquement conduits, la remarquable iconographie illustrant le texte, les examens microscopiques, constituent par leur rare ensemble, un document scientifique précieux pour l'histoire des grossesses ectopiques.

La deuxième partie du travail du Dr Funck est consacrée à l'analyse des 126 observations de grossesses utérines consécutives à une grossesse extra-utérine que l'auteur a pu réunir. Au point de vue pratique, elles se répartissent en deux grandes catégories. Les femmes non opérées de leur grossesse ectopique forment, à l'heure actuelle, la majorité, 93. Ces 93 femmes ont fourni un total de 147 grossesses utérines consécutives, dont 37 normales et 54 compliquées (avortement, accouchement prématuré et surtout, comme gravité, l'inflammation du kyste fœtal donnant 8 cas de mort sur 19). Au contraire, les femmes qui ont été opérées, au nombre de 34 (30 laparotomies, 3 colpotomies, 1 extraction du fœtus par le rectum), ont fourni 40 grossesses utérines

consécutives dont 37 furent normales et 4 compliquées (3 avortements, 1 mort subite). La conclusion qui se dégage de ces faits est que, non seulement au point de vue du pronostic immédiat, mais de l'avenir génital et obstétrical de la femme, le précepte formulé par notre maître, le professeur Pinard, doit être observé sans restrictions. « *Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.* »

A. Couvelaire, interne des hôpitaux.

Chirurgie de l'utérus, par Henry Delagénière (du Mans). Paris, 1898.

Dans ce volume, dont nous donnons plus haut un extrait, M. Delagénière expose les diverses opérations pratiquées sur l'utérus. Cet exposé est précédé de celui des opérations faites sur les ligaments de l'organe, opérations qui ont la plupart pour but de remédier à ses déplacements. La chirurgie de l'utérus est elle-même subdivisée en deux parties :

1° Opérations pratiquées sur l'utérus à l'état de vacuité;

2° Opérations pratiquées sur l'utérus gravide.

De nombreuses gravures, la plupart empruntées aux *Annales de gynécologie*, quelques-unes inédites, permettent de suivre les descriptions.

L'historique, la technique, le manuel opératoire, les suites et les indications sont successivement étudiés.

En somme, livre intéressant parce que, très moderne, il donne une idée nette de tous les procédés aujourd'hui connus.

Étude sur l'emploi des courants de haute fréquente en gynécologie, par Mangin (de Marseille). Paris, 1898.

M. Mangin s'est servi dans ses recherches du dispositif habituel de d'Arsonval qui a introduit dans la thérapeutique les courants de haute fréquence : puissante bobine de Rhumkorff unie à des condensateurs reliés par un solénoïde.

Le courant arrivait d'un côté dans le vagin ou l'utérus suivant les cas, de l'autre sur le ventre.

Des faits rapportés par l'auteur on peut conclure que les courants de haute fréquence ont en gynécologie :

1° Une action sédative très sérieuse et durable sur les douleurs du petit bassin;

2° Une action emménagogue très nette ;

3° Une action résolutive sur les lésions inflammatoires.

40 cas de fièvre puerpérale avec examen du contenu de l'utérus (40 cases of fever in the puerperium, with bacteriological examination of the uterine contents), par J. WHITRIDGE WILLIAMS (Baltimore).

On trouva dans 8 cas des streptocoques, dans 3 des staphylocoques, dans 6 des colibacilles, dans 2 des gonocoques, dans 4 des bactéries anaérobies, dans 3 une bactérie aérobie non déterminée, dans 1 le bacille diphtéritique, dans 1 le vibrion septique, dans 1 le bacille typhique ; 4 fois on trouva des microbes à l'examen sur lamelles, mais les cultures ne donnèrent rien ; 11 fois ni l'examen sur lamelles, ni la culture, ni l'examen du sang ne donnèrent rien ; 1 fois on trouva dans le sang la plasmodie malarique.

Ces microbes étaient quelquefois associés, streptocoques et colibacilles dans un cas, staphylocoques et colibacilles dans un autre, bacilles typhiques, streptocoques et staphylocoques dans un troisième.

Au cours de son travail, Whitridge Williams cite un certain nombre d'auteurs, mais il ignore un des travaux les plus impartants, celui publié dans ce recueil par le Dr Du Bouchet (d'Odessa).

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME L

Juillet à Décembre 1898.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME L

Juillet à Décembre 1898.

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

